



DOTTORATO DI RICERCA IN ARCHITETTURA - TEORIE E PROGETTO

Diap - Dipartimento di Architettura e Progetto
Coordinatore: Prof. Piero Ostilio Rossi

IL PROGETTO DELLO SPAZIO TERAPEUTICO

L'umanizzazione dell'architettura dei luoghi di assistenza e cura

Dottoranda **Giulia Perugi**
XXXI ciclo - Curriculum A

Tutor **Prof.ssa Paola Veronica Dell'Aira**
ICAR/14 - *Composizione architettonica e urbana*

Co-Tutor **Prof.ssa Mirilia Bonnes**
M/PSI/05 - *Psicologia sociale*

Anno Accademico 2018/2019



In copertina:

Eka Sharashidze, *Wall People n°8*, 170x84 cm, 2009. © Eka Sharashidze, URL www.ekasharashidze.de/wall-people/

Rielaborazione grafica dell'autore.



SAPIENZA
UNIVERSITÀ DI ROMA

SCUOLA DI DOTTORATO IN SCIENZE DELL'ARCHITETTURA
DOTTORATO DI RICERCA IN ARCHITETTURA - TEORIA E PROGETTO

Coordinatore: Prof. Piero Ostilio Rossi
A.A. 2018/2019

IL PROGETTO DELLO **SPAZIO TERAPEUTICO**

L'umanizzazione dell'architettura dei luoghi di assistenza e cura

Dottoranda Giulia Perugi

Ciclo XXXI

Curriculum A - Architettura, Teoria e Progetto

Tutor: Prof.ssa Paola Veronica Dell'Aira

Co-Tutor: Prof.ssa Mirilia Bonnes

Settembre 2019

COORDINATORE

PIERO OSTILIO ROSSI

TUTORS

PAOLA VERONICA DELL'AIRA

MIRILIA BONNES

COLLEGIO DEI DOCENTI

ROSALBA BELIBANI

MAURIZIO BRADASCHIA

ANDREA BRUSCHI

ORAZIO CARPENZANO

ROBERTO CHERUBINI

ALESSANDRA CRICONIA

ALESSANDRA DE CESARIS

PAOLA VERONICA DELL'AIRA

EMANUELE FIDONE

GIANLUCA FREDIANI

CHERUBINO GAMBARDELLA

ANNA GIOVANNELLI

ANTONELLA GRECO

PAOLA GREGORY

ANDREA GRIMALDI

FILIPPO LAMBERTUCCI

RENZO LECARDANE

DOMIZIA MANDOLESI

LUCA MOLINARI

RENATO PARTENOPE

ANTONELLA ROMANO

ANTONINO SAGGIO

GUENDALINA SALIMEI

ANTONELLO STELLA

ZEILA TESORIERE

NICOLETTA TRASI

NILDA MARIA VALENTIN

MASSIMO ZAMMERINI

COMITATO DEI MEMBRI ESPERTI

LUCIO ALTARELLI

LUCIO BARBERA

LUCIANO DE LICIO

MARCELLO PAZZAGLINI

FRANCO PURINI

COMMISSIONE ESAMINATRICE

MARCO TRISCIUOGLIO

GIOVANNI LONGOBARDI

LUCA LANINI

Alla mia famiglia

A chi mi è sempre vicino e a chi non smetterà mai di mancarmi

RINGRAZIAMENTI

La fine del periodo di Dottorato rappresenta un passaggio importante. Termina finalmente il mio percorso di studio e comincia un nuovo capitolo della mia vita professionale che, grazie alla possibilità di apprendimento e conoscenza offertomi dal Dipartimento di Architettura - Teoria e Progetto, mi trova diversa, più consapevole e competente, nel pieno di un cammino di crescita personale e professionale. Desidero quindi ringraziare tutti coloro che mi hanno accompagnata in questi tre anni (ormai quasi quattro) attraverso insegnamenti e suggerimenti, critiche e accese disapprovazioni, o anche solo offrendomi sostegno e supporto nei momenti di maggiore criticità.

Un grazie speciale va alla Prof.ssa Paola Veronica Dell'Aira, tutor appassionato e competente, riferimento professionale e umano da ormai 10 anni, che attraverso una profonda preparazione e un'incontenibile passione per l'architettura, mi ha permesso di sviluppare un tema di ricerca a me molto caro trasmettendomi fiducia e incoraggiandomi nei momenti difficili.

Grazie alla Prof.ssa Mirilia Bonnes per aver accettato il difficile ruolo di co-tutor dimostrandomi come l'architettura e la psicologia siano due discipline vicine e quasi indivisibili.

Grazie al Prof. Stefano Panunzi, incontrato solo alla fine del percorso ma capace, grazie ad una sensibilità rara, di incidere profondamente sulla struttura della ricerca.

Grazie al Prof. Antonino Saggio e al Prof. Piero Ostilio Rossi per aver guidato le attività del Dottorato in questi anni e per aver rappresentato dei riferimenti sicuri e affidabili.

Grazie alla Prof.ssa Gabriella Peretti per la disponibilità e l'accoglienza dimostratami, per i generosi consigli e i numerosi materiali che mi ha donato con estrema gentilezza e cortesia.

Grazie alla Prof.ssa Paola Guarini per avermi sempre seguita e incoraggiata ad andare avanti offrendomi generoso sostegno.

Grazie al Dott. Francesco Soncini e all' Arch. Lucia Mosconi per avermi aperto le porte del CORE mostrandomi tutto l'affascinante meccanismo che governa una struttura nata per i soggetti fragili della nostra epoca.

Grazie all'Arch. Giulio Felli e alla Dott. Sara Bini per avermi introdotto al tema dell'architettura ospedaliera pediatrica e per la straordinaria giornata trascorsa in compagnia degli operatori e dei piccoli utenti del Meyer.

Grazie agli amici del XXXI ciclo del dottorato per aver condiviso con me questo lungo percorso.

Grazie a Francesca e Silvia, amiche e molto più che colleghe, compagne di lunghe chiacchierate e di inesauribili confronti professionali.

Grazie a Claudia Bonfini, Presidente della Cooperativa "Il Pungiglione", agli operatori, a tutti gli straordinari utenti della Casa Famiglia "l'Abbraccio di Arianna" e di "Casa Smargiassi" e ai volontari dell'associazione "Lunaria", per aver

collaborato al Progetto *Spazio APeRTO* e per aver condiviso con me lunghe giornate estive di lavori nel verde. Un ringraziamento particolare va inoltre a Vincenza per aver organizzato e coordinato le attività delle due edizioni del *Workcamp 2017-2018* e aver creduto fortemente nelle potenzialità di *Spazio APeRTO*, e ad Elena, "socia" e professionista esperta, per aver partecipato attivamente e in accordo con gli obiettivi del progetto.

Grazie alla Dott.ssa Novella Selvaggini per aver sempre creduto in me e per avermi aiutato a rafforzare le competenze necessarie ad affrontare la quotidianità della vita.

Grazie alle amiche e agli amici di ieri e di oggi, sinceri, autentici, sempre amabilmente polemicisti ma costantemente al mio fianco.

Grazie a Mary e Federica, le amiche di una vita, presenze essenziali e insostituibili poiché, anche se talvolta lontane, straordinariamente vicine.

Grazie al piccolo Luca per la gioia che riesce a trasmettermi con la purezza e la spontaneità dei suoi anni.

Grazie a Paolo e Sonia, fratelli (o quasi), amici, bersagli preferiti delle mie stranezze e imprescindibili punti di riferimento di tutta una vita.

Grazie alla zia Margherita, allo zio Mario e a Mauro, componenti fondamentali della mia "grande" famiglia.

Un immenso grazie va soprattutto a Gianna, mia madre, la mia vera forza, colei che con dolcezza e comprensione non è mai stanca di ascoltarmi e offrirmi il suo fondamentale appoggio, e ad Arnaldo, mio padre, per avermi sempre silenziosamente sopportata, sostenuta e per aver condiviso con me tutti i viaggi e i sopralluoghi effettuati in questi anni.

Un grazie speciale va anche a tutti i miei amici pelosi, splendidi compagni di viaggio capaci di donare incondizionato amore.

Grazie quindi a tutti i membri della mia "banda", coloro senza i quali niente sarebbe stato possibile.

Giulia Perugi

20/08/2019

INDICE

INTRODUZIONE

17

PARTE 1

1 CAPITOLO 1

L'UOMO, L'ARCHITETTURA E LA PROMOZIONE DELLA SALUTE

- 1.1 Il concetto di salute **27**
- 1.2 Le caratteristiche dell'ambiente e gli effetti sul benessere dell'uomo **34**
- 1.3 Un nuovo ruolo per l'architettura: un possibile determinante della salute? **37**
- APPENDICE AL CAPITOLO 1 – Un'interpretazione artistica: Gustav Klimt. **46**

2 CAPITOLO 2

L'UMANIZZAZIONE COME SUPERAMENTO DELL'EGEMONIA TECNICO-SCIENTIFICA

- 2.1 Per una definizione di Umanizzazione **53**
- 2.2 Il processo di umanizzazione dei servizi e delle strutture sanitarie **57**
- 2.3 Nuovi modelli di riferimento: dal Decalogo Piano-Veronesi all'*Hospital 21* **62**
- APPENDICE AL CAPITOLO 2 – *Hospital 21. Breathing new life in the 21' Century Hospital* **66**

3 CAPITOLO 3

CONOSCERE ATTRAVERSO L'ESPERIENZA

- 3.1 Le architetture di riferimento **77**
- 3.2 Ospedale pediatrico Meyer - Careggi, Firenze **86**
- 3.3 CORE - Centro Oncologico ed Ematologico di Reggio Emilia **96**
- 3.4 Residenza Sanitaria Assistenziale Montemurlo, Prato **106**

PARTE 2

4 CAPITOLO 4

SEMPLIFICARE LA COMPLESSITÀ

- 4.1 L'uomo, lo spazio e l'architettura sanitaria **115**
- 4.2 Eterogeneità delle forme di assistenza e specificità dei linguaggi e delle morfologie architettoniche **122**

4.2.1	Tipologie organizzative e requisiti prestazionali	127
4.3	Il superamento dei modelli	132
4.3.1	Glossario delle configurazioni	144
4.3.2	Casi studio europei	145
4.3.3	Nuove architetture ospedaliere in Italia	160
4.3.4	Conclusioni	173
5	CAPITOLO 5	
	DAI REGOLAMENTI ALLE ESPERIENZE	
5.1	Le categorie funzionali	177
5.2	Glossario delle "intenzioni" architettoniche	181
5.2.1	Curare, L'Ospedale dei Bambini P. Barilla <i>Obr studio & Policreo, 2013, Parma</i>	182
5.2.2	Accompagnare, Centro di riabilitazione Psichiatrica <i>Modus Architects 2016, Bolzano</i>	188
5.2.3	Accogliere, Casa Verde - Casa di cura per disabilità neuropsichiche <i>LDA. iMda architetti associati, 2016, San Miniato (PI)</i>	194
	<u>APPENDICE AL CAPITOLO 5 – L'arte e l'architettura a servizio della salute</u>	201
6	CAPITOLO 6	
	OLTREPASSARE LA SOGLIA	
6.1	Per una nuova interpretazione: il centro sanitario come sistema urbano attivo nei processi della città	213
6.2	Strategie progettuali di livello territoriale	223
7	CAPITOLO 7	
	POSSIBILI SCENARI	
7.1	Sviluppi e prospettive	235
7.2	Conclusioni	239
8	CAPITOLO 8	
	MAPPA DEI CASI STUDIO	
8.1	Europa	250
8.2	Italia	252
	<u>SELEZIONE BIBLIOGRAFICA E FONTI ILLUSTRAZIONI</u>	256

INTRODUZIONE

INTRODUZIONE

ARGOMENTO

Le riflessioni relative alle strutture sanitarie come organismi architettonici da esaminare sulla base dei modelli insediativi, dei caratteri tipologici, delle morfologie edilizie, delle soluzioni distributive e architettoniche, o relativamente alle tecnologie adottate per risolvere le varie criticità, omettono spesso l'aspetto più profondo che lega l'uomo a tali spazi.

La cospicua quantità di testi nei quali viene approfondito l'aspetto tipologico-distributivo delle strutture di assistenza e cura e il processo socioculturale che ha portato verso la complessa organizzazione odierna, rende ancor più evidente la necessità di intervenire e approfondire il valore fondamentale dell'istituzione "ospedale" in relazione all'essere umano. La letteratura architettonica si è occupata di individuare le connessioni possibili tra le parti della città, tra le case e i propri abitanti, ma l'ospedale, i centri di assistenza sanitaria e gli ambulatori medici, risultano ancora, nella maggioranza dei casi, elementi estranei alla città e al territorio; il rapido sviluppo delle tecnologie mediche si è spesso scontrato con l'inadeguatezza di architetture datate e prive dei requisiti fondamentali di efficienza. Per questi motivi, nonostante l'uomo presenti i tratti di maggiore fragilità psicologica proprio nel momento dell'incontro con la malattia, gli spazi in cui si svolgono le attività mediche sono considerati, ancora oggi, come qualcosa da temere. La possibilità di percepire l'ambiente sanitario come uno spazio "amico", in cui trovare qualcuno disposto a occuparsi della nostra salute, sembra una possibilità lontana dall'avverarsi. In questo senso, la gestione amministrativa delle aziende sanitarie non ha di certo contribuito alla formazione di un tale sentimento di appartenenza e reciproco aiuto ma, presumibilmente, la condizione delle strutture che spesso ospitano tali centri medici, ha determinato il definitivo abbandono di sensazioni e percezioni positive: l'unico requisito che il paziente sembra oggi ricercare è quello della massima specializzazione tecnologica e di un'affidabilità scientifica di indiscusso valore.

Prendendo atto dell'assoluta necessità che un'organizzazione medica presenti tali caratteristiche, prescindendo dalla grandezza e dalla localizzazione del centro sanitario, è ormai necessario un ripensamento di tale realtà a favore di un rinnovamento architettonico delle strutture sanitarie coerente con le tecnologie mediche più avanzate e con una maggiore attenzione ai principi di umanizzazione.

OBIETTIVI

La tesi si propone di approfondire il concetto di umanizzazione dell'architettura attraverso un'interpretazione progettuale della tematica, ovvero individuando le possibili soluzioni attraverso un approfondimento di esempi e casi studio che rappresentano configurazioni compiute di spazi orientati al benessere dell'uomo che ne fruisce. Le numerose esperienze riportate fungono da elemento di verifica delle ipotesi e, in una fase successiva, riferimento per la predisposizione di strategie progettuali da condividere. Riprendendo le teorie sviluppate dai maggiori studiosi in tema di architettura sanitaria, intesa come supporto al percorso di cura, la tesi intende svelare il rapporto più profondo tra spazio e uomo concentrando le proprie riflessioni sugli ambienti sanitari in quanto luoghi in cui la relazione tra architettura e uomo si manifesta in modo particolarmente complesso, oltre che autentico, non mediato. Questa convinzione deriva dalla natura stessa dello spazio sanitario, ovvero dal carattere complesso di un ambiente, in cui chi vi si relaziona sperimenta le paure e l'incertezza dell'esistenza. Partendo da questo assunto, la tesi propone una lettura dello spazio sanitario non come una disamina tecnica di soluzioni in grado di mitigare la sofferenza di chi lo utilizza, ma capace di esprimere, attraverso un ampio apparato di casi studio indagati secondo vari punti di vista, l'interpretazione architettonica di luoghi che ricercano un contatto tra una tecnicizzazione indifferente e l'ampio sistema percettivo che inevitabilmente l'accompagna.

METODOLOGIA DI LAVORO

La ricerca è stata svolta secondo un percorso di individuazione di fasi progressive:

- **ESPLORAZIONE DEL CAMPO DI STUDIO, DELLE CRITICITÀ E FORMULAZIONE DELLE IPOTESI**

La scelta del campo teorico in cui si muove la ricerca deriva da esperienze personali di chi scrive, che hanno reso evidente l'urgenza di un sensibile ripensamento della tipologia funzionale in questione. L'approfondimento ha svelato una serie di criticità specifiche di tale ambito a causa delle numerose variabili interconnesse e solo parzialmente riconducibili al campo dell'architettura. In particolare, l'incertezza che ruota intorno al termine "umanizzazione" ha accompagnato la lettura di casi studio poiché, la parola, di difficile definizione univoca, si riferisce spesso ad azioni e interventi semplicemente mitiganti che vanno dalla decorazione di pareti all'inserimento di elementi di design, escludendo da tale processo l'architettura come conformazione spaziale. Nella consapevolezza che l'architettura debba, per sua natura, rispondere alle istanze basilari dell'essere umano, senza necessariamente ricorrere a operazioni eclettiche, o solo di superficie, spesso poco convincenti anche dal punto di vista estetico, la ricerca intende ripercorrere i principi che hanno condotto alle attuali conformazioni delle architetture dei luoghi di cura cercando di evidenziare come l'umanizzazione non possa essere definita un'operazione accessoria e di completamento, ma debba essere considerata come

un principio che pervade l'intero processo progettuale, una fonte implicita di cui l'architettura si alimenta.

- **FORMULAZIONE DEL PROGRAMMA DI RICERCA**

Il programma di ricerca è stato suddiviso in differenti fasi:

- Approfondimento del campo teorico di riferimento.
- Individuazione dei principi che hanno guidato la nascita, lo sviluppo e il percorso che ha condotto verso la condizione attuale dell'architettura sanitaria.
- Selezione dei casi studio di riferimento e definizione di un abaco delle configurazioni contemporanee.
- Analisi dei fondamenti comuni e delle divergenze.
- Verifica e confronto delle informazioni raccolte.
- Indicazione di possibili linee di ricerca successive.

- **SELEZIONE DEL CONTESTO DI RIFERIMENTO**

La scelta di inserire architetture presenti principalmente nel territorio italiano oltre ad alcuni esempi virtuosi di architetture localizzate nel territorio europeo, è dovuta alla difficoltà oggettiva di confrontare organismi con medesime funzioni ma organizzati secondo sistemi socio-sanitari profondamente differenti per obiettivi, capacità economiche e, in generale, per modelli di sanità. Tramite lo studio delle strutture operanti in territorio extra-europeo, si è infatti notata l'eccessiva distanza culturale e organizzativa che separa tali istituzioni sanitarie da quelle italiane e da molte di quelle europee, basate su sistemi condivisi di assistenza di natura essenzialmente pubblica seppur caratterizzati da forti divergenze interne. Di conseguenza, si è scelto di concentrare la ricerca su strutture localizzate nel territorio nazionale, selezionate attraverso un criterio di tipo qualitativo e temporale (le architetture esaminate sono state tutte realizzate successivamente all'emanazione delle linee guida ministeriali del 2000) e di approfondire solo alcuni esempi di particolare interesse, situati in territorio europeo, come riferimenti necessari per definire le tendenze principali nel campo della progettazione sanitaria.

- **RACCOLTA DEI DATI**

L'attività di raccolta dei dati è stata condotta seguendo differenti modalità in relazione ai risultati che la fase di approfondimento specificatamente richiedeva. La ricerca si fonda su un insieme di attività che comprendono la ricerca bibliografica, i sopralluoghi e le indagini dirette, i confronti con i protagonisti del campo della progettazione e della gestione di aziende sanitarie, la partecipazione a corsi e workshop teorico pratici.

VISITE DIRETTE ALLE ARCHITETTURE

Tali esperienze, documentate nel testo, rappresentano il momento più autentico di conoscenza e sperimentazione dello spazio sanitario. Le architetture selezionate e successivamente esaminate in modo diretto sono state le seguenti:

- Ospedale pediatrico Meyer - Careggi, Firenze.

- CORE - Centro Oncologico ed Ematologico di Reggio Emilia.
- Nuovo Ospedale Santo Stefano – Prato.
- Ospedale del Valdarno Santa Maria alla Gruccia – Montevarchi.
- RSA Montemurlo – Prato.
- Ospedale dei bambini Pietro Barilla – Parma.
- Ospedale di Montecchio – Reggio Emilia.
- Ex Ospedale militare Alessandro Riberi – Torino.
- Campus Biomedico – Roma.

CONFRONTO CON PROGETTISTI E AMMINISTRATORI DELLE STRUTTURE SANITARIE COINVOLTE

Il confronto con i protagonisti delle progettazioni e della gestione delle strutture e dei servizi medici ha contribuito in maniera decisiva alla definizione delle problematiche generali circa l'intricato sistema di norme che regolano l'attività di un organismo complesso come quello di una architettura sanitaria. Tra le più interessanti occasioni di confronto:

- Colloquio con l'Arch. Giulio Felli – Gruppo CSPE, progettisti dell'Ospedale pediatrico Meyer - Careggi, Firenze.
- Incontri con la Prof.ssa Mirilia Bonnes – CIRPA - Centro Interuniversitario di Ricerca in Psicologia Ambientale – Sapienza Università di Roma, consulente alla progettazione dell'Ospedale pediatrico Meyer - Careggi, Firenze.
- Visita guidata con la Dott.ssa Sara Bini, direzione amministrativa dell'Ospedale pediatrico Meyer - Careggi, Firenze.
- Visita guidata con il Dott. Francesco Soncini, direzione sanitaria del CORE - Centro Oncologico ed Ematologico di Reggio Emilia.
- Colloquio con l'Arch. Lucia Mosconi, Binini Partners, responsabile della progettazione del CORE - Centro Oncologico ed Ematologico di Reggio Emilia.
- Colloqui con la Prof.ssa Gabriella Peretti, Politecnico di Torino, co-responsabile della ricerca L'Umanizzazione degli spazi di cura. Linee Guida, svolta per il Ministero della Salute italiano dal Centro Interuniversitario di Ricerca TESIS - Università degli Studi di Firenze e dal Dipartimento DINSE - Politecnico di Torino.

PARTECIPAZIONI A INCONTRI, CONVEGNI e CORSI DI PERFEZIONAMENTO sul tema della progettazione architettonica in ambito sanitario e relativi ai temi della Salute intesa come condizione di benessere definita da un'interazione di variabili ambientali, fisiche, psicologiche e sociali. Al riguardo, è possibile indicare alcuni dei principali incontri organizzati in ambito accademico ed extra accademico:

- *A-Head. Arte, musica e psichiatria contro lo stigma della malattia mentale* – 23/25 settembre 2018. Angelo Azzurro Onlus, Borgo Ripa, Roma.
- *Paris Healthcare Week 2018. Hospital 21. Breathing new life in the 21st Hospital* – 29/31 maggio 2018. Porte de Versailles, Parigi.
- *La città come cura e la cura della città. Salute e benessere: scenari della trasformazione urbana* – 11/15 giugno 2018. Sapienza Università di Roma.
- *Architettura, città e salute. Promuovere oggi la salute nelle città e negli ambienti*

di vita – 6 ottobre 2017. Casa dell'Architettura, Roma.

- *Healing garden. Il verde che cura* – 19-26 settembre 2017. Fondazione per l'architettura e Ordine degli architetti di Torino.
- *Urban poverty. The praxis of planning in unequal cities* – 12/15 settembre 2017. Sapienza Università di Roma.

WORKSHOP TEORICO PRATICI svolti all'interno di strutture socio assistenziali.

Nello specifico, è stata condotta una sperimentazione diretta delle potenzialità di attività di auto-costruzione e gestione di spazi all'aperto destinati ad accogliere un orto terapeutico e attrezzature per la sosta. Il progetto, denominato Spazio APeRTO e descritto in modo approfondito nell'appendice al Capitolo 5 – *L'arte e l'architettura a servizio della salute*, rappresenta un appuntamento annuale che si svolge presso le strutture socio sanitarie Casa Famiglia "L'abbraccio di Arianna" e Casa S. Smargiassi, situate nel Comune di Civita Castellana (VT) e destinate al supporto del percorso di autonomia di persone affette da disabilità intellettive di grado medio e lieve.

Alla data odierna, sono stati organizzati due Workshop che hanno coinvolto gli operatori socio sanitari, i volontari esterni e gli stessi utenti dei due centri:

- WORKCAMP INTERNAZIONALE SPAZIO APeRTO - 1° edizione, Agosto 2017 in collaborazione con Associazione di promozione sociale *Lunaria* e Cooperativa sociale *Il Pungiglione*.
- WORKCAMP INTERNAZIONALE SPAZIO APeRTO - 2° edizione, Agosto - Settembre 2018 in collaborazione con Associazione di promozione sociale *Lunaria* e Cooperativa sociale *Il Pungiglione*.

Infine, come indicato in apertura, in aggiunta a tali attività è stato parallelamente svolto un lavoro di ricerca e approfondimento dei testi e dei contributi di studiosi attivi nel campo dell'architettura sanitaria al fine di recuperare e fissare i fondamenti teorici che sostengono ogni progettazione riportata nel testo.

• ANALISI E CONFRONTO

L'attività di raccolta e confronto delle informazioni ottenute ha guidato la definizione della struttura della tesi e supportato le operazioni di categorizzazione descritte nei capitoli 4 e 5. Per quanto riguarda i tre casi studio principali (capitolo 3) si è scelto, invece, di rappresentare l'architettura affiancando alla consueta disamina tecnica, basata sulla lettura dei caratteri spazio-funzionali degli ambienti, il racconto dell'esperienza condotta all'interno delle strutture stesse. I tre riferimenti sono stati esposti secondo due forme narrative differenti, ovvero la descrizione e il racconto personale dell'autore, nel tentativo di esplicitare elementi distintivi e peculiarità che le due forme di esposizione riescono a rimarcare. La stessa volontà di indagare gli aspetti comunicativi e percettivi di architetture dedicate, sensibili, nate per supportare l'essere umano, ha reso necessario il ricorso a tecniche di narrazione insolite per progetti architettonici ma indispensabili per esprimere il complesso sistema emozionale e percettivo che caratterizza la relazione tra l'uomo e lo spazio architettonico.

Si vuole sottolineare come non tutte le architetture riportate riescano a rispondere in modo efficace alle richieste di umanizzazione contemporanea ma, non essendo possibile e ragionevole stabilire una configurazione in grado di rappresentare il modello universale di riferimento per l'umanizzazione in architettura, ogni caso studio indagato nella ricerca rappresenta un contributo, valido e reale, utile alla raccolta di informazioni circa la relazione tra uomo e spazio sanitario, sia essa favorevole o avversa.

INTERPRETAZIONE E SINTESI DEI RISULTATI

L'approfondimento dei casi studio ha permesso di ordinare i dati raccolti secondo delle nuove categorie di "intenzioni" e modalità di relazione con il contesto che potrebbero supportare i progettisti nella fase di avvio progettuale. In particolare, si ritiene che la possibilità di riferirsi ad azioni e condotte reali possa suggerire a chi si occupa di progettazione sanitaria un approccio metodologico più vicino alle necessità dell'uomo come destinatario primario dello spazio se confrontato con la rigida legislazione che attualmente costringe la materia a una impersonale rispondenza prestazionale.

Tuttavia, al termine dell'indagine, si è ritenuto necessario ribadire che l'umanizzazione, in quanto pratica progettuale orientata al benessere umano inserita nel complesso sistema emotivo di chi affronta una malattia o assiste una persona cara in difficoltà, non potrà esaurire la propria missione nella disamina tecnica dei vari aspetti che concorrono al supporto psicofisico dell'utenza. Si auspica, infatti, che i processi progettuali orientati al raggiungimento di un alto grado di umanizzazione non si limitino a rafforzare l'idea positivista di una sapienza tecnica capace di rispondere a ogni istanza umana, ma possano facilitare il superamento e la comprensione di quelle *«soglie che ogni volta ci fanno superare simbolicamente il confine sacro tra vita e morte e viceversa, non spiegano mai l'indicibile mistero della vita, ma ci consentono semplicemente di accedervi»*¹. Uno spazio umanizzato può infatti aiutarci a conquistare *«un "ritardo", non una "rimozione" di quello sforzo individuale che ciascuno di noi deve riuscire a fare quotidianamente per sciogliere un nodo irriducibile: il mistero della vita»*².

1 Colloquio con il Prof. Arch. Stefano Panunzi, Professore Associato in Progettazione Architettonica e Urbana, Dipartimento di Bio Scienze e Territorio – Università degli Studi del Molise, professore valutatore esterno per l'esame finale del XXXI ciclo di dottorato in Architettura-Teorie e Progetto - Sapienza Università di Roma, II sessione, settembre 2019.

2 *Ibidem.*

CAPITOLO

1

CAPITOLO 1

L'UOMO, L'ARCHITETTURA E LA PROMOZIONE DELLA SALUTE

1.1 IL CONCETTO DI SALUTE

«E' nel rispetto del malato fragile e indifeso che la società rispecchia il suo volto»¹.

Con queste parole l'oncologo e Senatore a vita Umberto Veronesi (1925 – 2016) concludeva un articolo, apparso sul suo blog “Parliamone per capire” del Magazine Fondazione U. Veronesi, riguardante la complessa relazione che intercorre tra la vita delle persone affette da particolari patologie e il grado di sviluppo di una società civile. Persone, prima che malati, le quali necessitano di mantenere la propria dignità e la propria identità prescindendo dalla malattia da cui sono affetti, e società, che non potrà definirsi evoluta se, parallelamente allo sviluppo delle tecnologie mediche, non si orienta verso l'incremento del grado di umanizzazione del processo terapeutico e delle strutture deputate alla cura.

Il medico e scienziato, pioniere della medicina conservativa, credeva nella necessità di garantire una scienza medica di livello ma sempre attenta all'uomo e alla sua integrità psicofisica. Smettendo le vesti di chirurgo, Veronesi comprese l'importanza dell'ambiente che circonda l'uomo nel momento dell'incontro con la malattia e cercò di sviluppare, in collaborazione con l'architetto Renzo Piano, anch'esso Senatore a vita, un nuovo modello di cura che tenesse in considerazione anche l'aspetto spaziale e organizzativo dei contesti ospedalieri e stabilisse un'interconnessione tra i temi dell'Architettura e della Salute, apparentemente distanti ma spesso accomunati da una stessa finalità: favorire e promuovere il benessere dell'uomo. Le possibili connessioni tra le due discipline sono utili a definire un nuovo modello di riferimento in grado di riconoscere, a entrambe, la

¹ U. Veronesi, *Accanto al malato fragile e indifeso*, in *Parliamone per capire*, Blog Magazine della Fondazione Umberto Veronesi. URL <https://www.fondazioneveronesi.it/magazine/i-blog-della-fondazione/umberto-veronesi/accanto-al-malato-fragile-e-indifeso> (Ultima consultazione 30/10/2017)

legittima importanza non solo come ambiti scientifici distinti, ma anche secondo un nuovo approccio che faciliti una connessione, una reciproca contaminazione e interazione tra materie.

La Salute è un diritto fondamentale dell'uomo riconosciuto dalla Repubblica Italiana con l'Art. 32 della Costituzione, la quale introduce, inoltre, la natura pubblica del Sistema Sanitario Nazionale (SSN), istituito in seguito con la Legge 833/78 sulla scia dell'esperienza del *National Health Service* inglese, nato tramite le riforme del *Piano Beveridge* del 1946²:

«La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana»³.

La legislazione italiana si occupa, quindi, della tutela della salute attraverso un complesso sistema statale che, oltre ad assicurare il diritto alla cura a tutti i cittadini, riveste un ruolo fondamentale nella ricerca scientifica, nella prevenzione e nel controllo di tutte le attività che possono interessare il settore della sanità pubblica. L'articolo 32, inoltre, introduce l'espressione "rispetto della persona umana" ribadendo il fondamentale diritto dell'uomo di disporre del proprio corpo e della propria persona in modo indipendente ed esclusivo. Da questa precisazione emerge la volontà dello Stato di porre sullo stesso livello alcuni dei diritti fondamentali, come quello alla libertà, all'autodeterminazione e al benessere personale, evitando rischiose gerarchizzazioni e comportamenti che, sullo slancio del progresso delle tecnologie e delle conoscenze medico-scientifiche, spesso hanno associato l'uomo malato ad una sorta di oggetto, un corpo da "correggere", senza tenere in considerazione il complesso apparato psicologico e sociale che

2 Il *Piano Beveridge* rappresenta la nascita dei principi del *Welfare State*, stato di benessere, ovvero il sistema nazionale che garantisce ai cittadini un insieme complesso di tutele che riguardano il sistema sanitario, pensionistico, lavorativo e sociale. Le riforme attuate dal Parlamento inglese a partire dalla pubblicazione del *Report of the Inter-Departmental Committee on Social Insurance and Allied Services*, redatto dal sociologo ed economista William Beveridge nel 1942, ebbero un notevole impatto sulle politiche degli stati europei nella metà del secolo scorso e segnarono un importante avanzamento verso il sistema di protezione sociale contemporaneo.

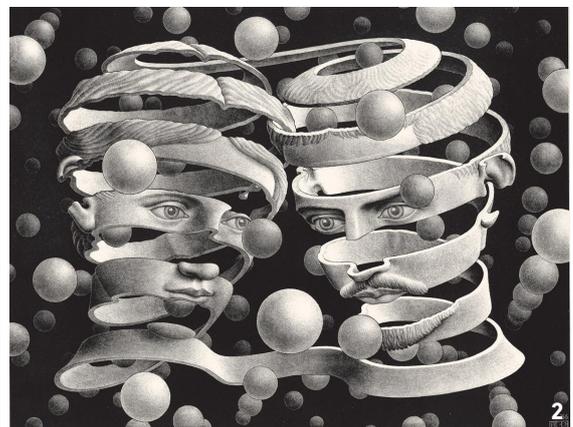
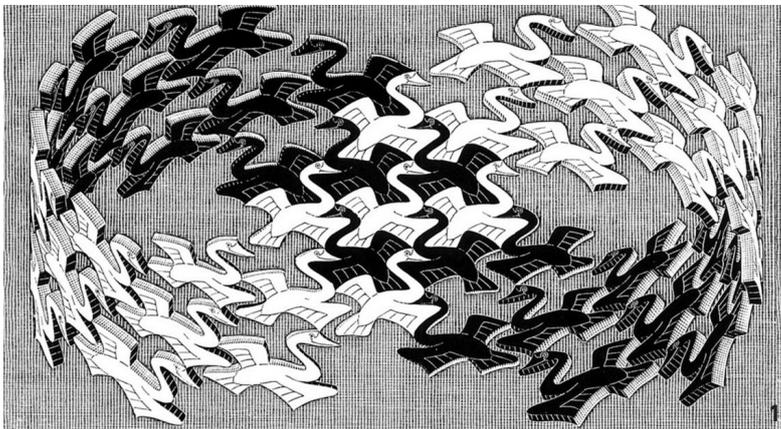
3 Vedi: Costituzione italiana, Parte I - Diritti e doveri dei cittadini, Titolo II - Rapporti etico-sociali, Articolo 32.

IMMAGINE 1

M. C. Escher, *Swans*, incisione xilografica, 1956, dimensioni 319mm x 199mm.

IMMAGINE 2

M. C. Escher, *Bond of union*, Litografia, 1956, dimensioni 339mm x 253mm.



caratterizza ogni essere umano. Priva di tale consapevolezza e in nome del diritto alla salute, la società del XIX e della prima metà del XX secolo rischiava di sovrastare ogni altro umano bisogno che, peraltro, concorreva - e tutt'ora contribuisce - alla formazione dello stesso stato generale di equilibrio di un individuo.

La questione relativa alla "normalizzazione della medicina", il concetto sviluppatosi grazie agli studi del filosofo Georges Canguilhem e al suo approfondimento circa "Il normale e il patologico"⁴, ha contribuito a un avanzamento della conoscenza in campo medico e al conseguente allontanamento della disciplina dalla rigida ricerca della standardizzazione della società industriale. La dicotomia tra i due termini - normale e patologico - ha infatti segnato numerose ricerche e riflessioni filosofiche che hanno caratterizzato la prima metà del XX secolo, nel tentativo di scovare la relazione che intercorre tra l'essere umano e i fenomeni naturali della salute e della malattia, esperienze opposte ma legate dallo stesso campo di esistenza. Secondo Canguilhem infatti, la salute e la malattia sono accomunate dalla presenza di "norme" che nei due casi differiscono ma rimangono comunque presenti:

«La malattia è una norma che non permette di soddisfare tutte le esigenze del vivente. Lo stato normale o salutare permette invece non solo di soddisfare le esigenze del vivente, ma anche di anticipare le variazioni delle condizioni di esistenza»⁵.

La salute era considerata come uno "stato di normalità"; lo stato patologico, invece, veniva letto come un "altro andamento della vita", una condizione permanente o passeggera che non implicava una rinuncia all'esistenza umana (concetto indipendente da quello di salute) ma produceva una "variazione quantitativa" o una "differenza di grado" rispetto alla norma determinata in uno specifico contesto storico, culturale, sociale.⁶ Essere in salute determinava quindi una capacità dell'individuo di essere "normativo" ovvero sensibile alle sollecitazioni esterne e allo stesso tempo capace di modificare la propria condizione e affrontare i conflitti tra «le esigenze del vivente e l'esistenza in divenire»⁷. La salute iniziava a essere considerata uno stato dinamico e transitorio, una condizione mutevole, un'esperienza propria di ogni essere vivente indissolubilmente legata alla malattia, uno stato divergente che implicava la definizione di un nuovo sistema di norme, una nuova idea di vita. Le nuove consapevolezze aprirono a nuove conquiste. Una svolta epocale seguì il cambiamento del concetto di Salute definito dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) nel 1946:

«La salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non semplicemente l'assenza di malattia o infermità. Il godimento del più alto livello di salute raggiungibile è uno dei diritti fondamentali di ogni essere umano senza distinzione di razza, religione, credo politico, condizione economica o sociale»⁸.

4 G. Canguilhem, *Il normale e il patologico*, 1943 (Ripubblicata e integrata nel 1966).

5 I. Moya Diaz, M. Vagelli, *L'unità della filosofia di Georges Canguilhem. Dalla norma medica alla normatività storica*, Lessico di etica pubblica n°1, Cuneo, 2015, pag.88.

6 Vedi: G. Vissio, *La vita preferisce l'asimmetria. Ripensare la salute tra medicina e anti-medicina*, Lessico di etica pubblica n°1, Cuneo, 2015, pag.100.

7 I. Moya Diaz, M. Vagelli, *op. cit.*, pag. 88.

8 Vedi: *Constitution of the World Health Organization*, New York, 1946. Testo originale: «*Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity. The enjoyment of the highest attainable standard of health is one of the fundamental rights of every human being without distinction of race, religion, political belief, economic or social condition*».



IMMAGINE 3

Arcispedale S. Maria Nuova, Reggio Emilia.
Scene di vita quotidiana all'interno di una camera di degenza. 1963

IMMAGINE 4

Ospedale Pammattone, Genova.
Vista di una corsia interna dell'edificio ospedaliero.

Tale definizione condusse la nostra società verso una revisione dei concetti stessi di "uomo", "malattia" e "salute". Precedentemente, infatti, una persona veniva considerata sana solo se il suo fisico non presentava evidenze di patologie e permetteva una piena funzionalità⁹ mentre, a partire dalla divulgazione delle linee guida dell'OMS, la salute è universalmente considerata:

«[...] stato di benessere fisico e psichico, espressione di normalità strutturale e funzionale dell'organismo considerato nel suo insieme; il concetto di Salute non corrisponde pertanto alla semplice assenza di malattie o di lesioni evolutive in atto, di deficit funzionali, di gravi mutilazioni, di rilevanti fenomeni patologici, ma esprime una condizione di complessiva efficienza psicofisica»¹⁰.

È interessante sottolineare come la tesi di Canguilhem, la quale segnò un importante incremento della consapevolezza sociale sul tema della salute, venne ripresa da numerosi studiosi nonché reinterpretata in duri attacchi al "potere" di una scienza medica sempre più sviluppata e interessata al sintomo piuttosto che all'uomo malato. Ad esempio, la visione di Ivan Illich, derivante da una lettura pessimistica dello sviluppo sociale e tecnologico in campo sanitario, mirava a sottolineare le mancanze di una medicina asettica e impersonale, privata della relazione medico/individuo:

«Man mano che l'interesse del medico si spostava dal malato al male, l'ospedale diventava un museo della malattia. Le sale rigurgitavano di poveri venuti a offrire lo spettacolo del proprio corpo a ogni medico che fosse disposto a curarlo»¹¹.

I termini "salute" e "malattia" modificarono quindi gradualmente il loro significato etimologico evolvendosi in una serie di contenuti complessi, impossibili da racchiudere in un'unica definizione poiché:

9 E. Sanavio, C. Cornoldi, *Psicologia Clinica*, Editore Il Mulino, Bologna, Seconda edizione 2010.

10 Vedi: Enciclopedie online Treccani, URL <http://www.treccani.it/enciclopedia/salute/> (Ultima consultazione 30/10/2017).

11 I. Illich, *Nemesi medica. L'espropriazione della salute*, 1975, pag. 176.

«[...] rivestimenti terminologici privi di un contenuto definito: si tratta di concetti di natura categoriale che da prospettive diverse, legate a una determinata epoca storica e a un determinato contesto sociale, si riempiono di contenuti di volta in volta diversi»¹².

Il cambiamento di prospettiva si è presto tradotto in una serie di importanti conseguenze in ambito medico e socio-assistenziale che aprirono la strada a una maggiore attenzione nei confronti di quelle utenze bisognose non solo di cure mediche, ma anche di una speciale attenzione psicologica e sociale correlata o meno a una specifica patologia clinica. Conseguentemente, si è assistito a un progressivo allontanamento dall'approccio esclusivamente tecnologico-scientifico per approdare verso una visione che non considerasse solo la patologia dell'utente ma la persona in senso generale, sostenendo le personali aspirazioni di equilibrio e benessere:

«La medicina moderna, nello sforzo certamente coronato da notevoli successi di sconfiggere la malattia, ha finito talvolta per oscurare (a vantaggio di Panacea), l'altra figlia di Esculapio, Igea, che, secondo la mitologia, insegnava ai greci come essere sani. L'impegno a rispettare lo spirito di Igea, per lo più, non è andato oltre il crinale della "prevenzione" della malattia; ben raramente si è spinto sui sentieri della "promozione" di comportamenti che favoriscano la salute»¹³.

Il riferimento alla mitologia Greca dimostra come la contrapposizione tra cura e promozione del benessere sia una tematica presente fin dalla nascita della medicina e ancora pressoché irrisolta. I due obiettivi che convergono nella direzione dello sviluppo della salute e del benessere di un individuo dovrebbero infatti coesistere in un programma di intervento finalizzato al miglioramento delle condizioni di vita dell'intera società. Tuttavia lo sviluppo della medicina Moderna ha offuscato l'importanza della prevenzione e della promozione della salute rivolte a un progressivo rafforzamento delle «capacità fisiche, mentali ed emotive dell'individuo nella complessa rete delle sue relazioni sociali» per concentrarsi sui traguardi dello sviluppo scientifico come panacea universale destinata «a curare la malattia, come un qualcosa di "altro da sé"»¹⁴. Il passaggio da arte medica a medicina scientifica provocò una modifica sostanziale delle finalità di una attività clinica destinata apparentemente a «ridare salute al paziente» trattando «sintomi e dati empirici in un quadro che sembra esistere indipendentemente dalla persona del paziente. Si compie così un passaggio fondamentale dal malato alla malattia, che segna la scomparsa del malato dalla medicina»¹⁵.

La promozione della salute è oggi un obiettivo definito direttamente dalle linee guida dell'apparato amministrativo che, nell'anno 2000, mutò il proprio nome da "Ministero della Sanità" a "Ministero della Salute". La modifica della denominazione ufficiale dell'ente statale non fu solo un atto amministrativo ma definì un nuovo percorso e fissò nuovi obiettivi: le finalità del Ministero non erano infatti solo quelle di organizzare e monitorare l'organizzazione sanitaria della penisola, veicolare fondi economici e provvedere allo sviluppo e alla diffusione di nuove tecnologie

12 I. Illich, *op. cit.* pag.176.

13 M. Bertini, *Psicologia della Salute*, Enciclopedia Italiana Treccani, V Appendice 1994 URL http://www.treccani.it/enciclopedia/psicologia-della-salute_%28Enciclopedia-Italiana%29/ (Ultima consultazione 30/10/2017).

14 *Ibidem*

15 A. Labisch, G. Cosmacini, F. Carnevale, *Sanità, Enciclopedia delle scienze sociali*, 2007.

mediche, ma coinvolgevano anche tutte le attività di promozione attiva della salute e del benessere dei cittadini cercando di migliorarne le condizioni di vita. Per ottenere uno stato completo di equilibrio psicofisico, L'OMS ha introdotto, nei propri programmi, il concetto di "qualità della vita" come elemento fondamentale e inclusivo di numerosi fattori:

«[...] lo stato fisico e le abilità funzionali, lo stato psicologico e il benessere soggettivo, le interazioni sociali, lo Stato e fattori economici e/o professionali, i fattori di ordine religioso e/o spirituale»¹⁶.

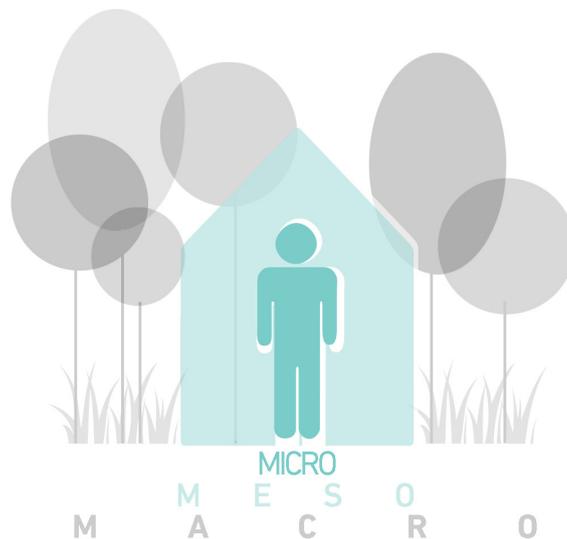
Appare dunque chiaro come nel percorso per il raggiungimento di una condizione di salute e benessere, sia necessario analizzare ulteriori aspetti, un tempo considerati estranei. Tale tema ha infatti investito numerosissimi altri campi oltre a quello della sanità pubblica e uno degli obiettivi è stato proprio quello di promuovere la salute in altri contesti, esterni a quello prettamente sanitario.

Come dimostrato da numerosi studi scientifici, la salute non è solo una condizione determinata dai fattori individuali e strettamente personali di ogni individuo, ma deriva, in parte, da un insieme di altri elementi non direttamente riconducibili all'uomo come individuo ma all'uomo come parte di una società. I "determinanti della salute" vengono infatti suddivisi in fattori non modificabili (invecchiamento, fattori genetici, ecc.) e fattori modificabili (ambiente naturale, ambiente sociale, ambiente urbano) e tale suddivisione dimostra come la promozione della salute tra la popolazione non possa prescindere dalla considerazione di aspetti comunemente ritenuti avulsi dalle materie sanitarie: un'architettura e una programmazione urbanistica consapevole possono infatti contribuire direttamente al miglioramento della condizione urbana e quindi, indirettamente, al miglioramento della condizione di salute degli abitanti.

16 E. Sanavio, C. Cornoldi, *op. cit.*, pag 258.

IMMAGINE 5

Rappresentazione dell'interazione uomo-ambiente secondo Olgay nelle tre sfere del micro, meso e macro ambiente. Rielaborazione dell'autore.



Tuttavia, l'istituzionalizzazione della salute attraverso il riconoscimento dell'importanza del diritto alla salute per la società contemporanea è sfociato nel processo "medicalizzazione" della vita. Infatti, le necessità di un sistema sanitario in continua difficoltà economica hanno dato vita ad una serie di pratiche destinate non solo al malato, ma all'uomo sano, colui che attraverso comportamenti virtuosi e un nuovo ruolo di "personalità autocurante" diventa responsabile del proprio corpo, del proprio stato di salute, delle condizioni più o meno apprezzabili della propria vita.

«Il vero oggetto della medicalizzazione non è l'uomo malato, ma l'uomo sano, l'uomo che "possiede" la propria salute e che ha il compito – verso sé stesso e verso la comunità a cui appartiene – di tutelarla»¹⁷.

In altre parole, il concetto di salute ricopre un campo estremamente esteso e la sua interpretazione contemporanea ripercorre e conferma alcune tesi del passato circa l'impossibilità di racchiudere in una singola definizione un termine così complesso, in grado di coinvolgere i molteplici aspetti privati e sociali della vita quotidiana di un individuo determinando avanzamenti disciplinari e medici spesso affiancati da contemporanee latenti minacce.¹⁸

La salute come diritto, come dovere, come aspirazione, come promessa, come abitudine di vita, come attività terapeutica, come attività sociale, come condizione da ritrovare, sono tutte sfaccettature di un campo d'indagine arricchitosi, nel corso gli anni, di nuove declinazioni legate ai mutamenti di una disciplina da sempre legata all'impossibile volontà di sconfiggere la temporaneità della vita e, di conseguenza, la precarietà della salute.

17 G. Vissio, *op. cit.*, pag.103.

18 Secondo gli studi di I. Illich, il processo di medicalizzazione della salute conduce verso una eccessiva richiesta da parte dell'utenza di procedure, farmaci, accertamenti e diagnosi che contribuiscono ad accrescere sentimenti di ansia e insicurezza anche in coloro clinicamente sani. L'effetto di tale andamento acuisce gli effetti del fenomeno della iatrogenesi rendendo le persone inconsapevoli e incapaci di gestire la loro salute o anche solo di confrontarsi autonomamente con l'esperienza della malattia. Vedi: I. Illich, *Nemesi medica. L'espropriazione della salute*, 1975.

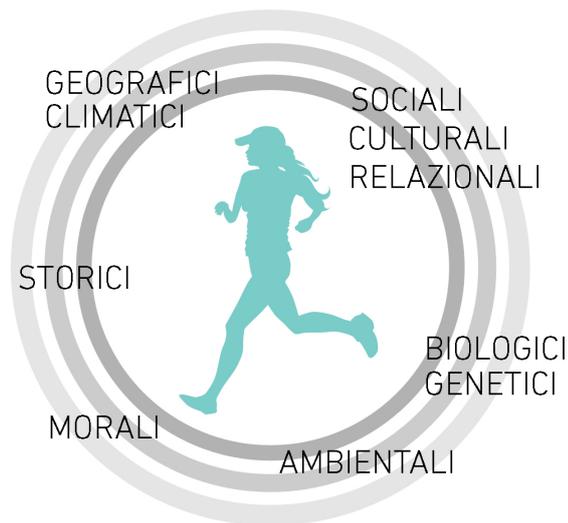


IMMAGINE 5A

Rappresentazione dei fattori che influiscono sulla salute di un soggetto. Rielaborazione dell'autore.

1.2 LE CARATTERISTICHE DELL'AMBIENTE E GLI EFFETTI SUL BENESSERE DELL'UOMO

Il Convegno "Architettura Città e Salute. Promuovere oggi la salute nella città e negli ambienti di vita", svoltosi il 6 ottobre 2017 nella sede dell'Ordine degli Architetti Pianificatori Paesaggisti e Conservatori di Roma e provincia, ha ribadito la stretta connessione tra i temi dell'architettura e della promozione della salute pubblica e presentato gli obiettivi dell' "Agenda 2030 per lo Sviluppo Sostenibile"¹, il programma realizzato nel 2015 dalle Nazioni Unite che prevede l'impegno degli stati firmatari a raggiungere determinati obiettivi comuni entro 15 anni. Gli obiettivi rappresentano le tematiche principali che riguardano il futuro dell'umanità, sui quali gli stati membri dovranno concentrare la propria attività politica e amministrativa. Si tratta di tematiche sociali, ambientali, economiche, istituzionali, che presuppongono obiettivi comuni e che, come sottolineato in modo specifico «riguardano tutti i Paesi e tutti gli individui: nessuno ne è escluso, né deve essere lasciato indietro lungo il cammino necessario per portare il mondo sulla strada della sostenibilità».

Tra i 17 obiettivi, risultano particolarmente interessanti, ai fini della disamina, il numero 3 - Assicurare la salute e il benessere per tutti e per tutte le età - e il numero 11 - Rendere le città e gli insediamenti umani inclusivi, sicuri, duraturi e sostenibili. I 2 obiettivi rappresentano un'interessante sintesi di quello che, a parere di chi scrive, dovrebbe essere il futuro dei processi progettuali e architettonici. L'architettura può infatti svolgere un ruolo primario nei processi di rigenerazione sostenibile delle città e contribuire al raggiungimento dei fini istituiti dall'Agenda dell'ONU attraverso un processo di revisione delle modalità di progettazione e conformazione spaziale dei nuovi edifici e mediante il rinnovamento e la corretta manutenzione degli edifici esistenti.

IMMAGINE 6

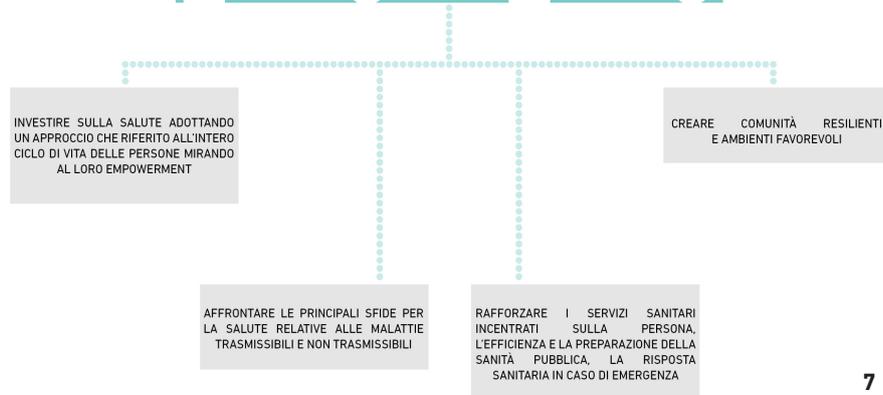
Obiettivi per lo Sviluppo Sostenibile individuati nella risoluzione ONU e adottata dai governi dei paesi membri delle Nazioni Unite.

¹ Vedi: Agenda 2030 per lo Sviluppo Sostenibile. URL <https://ec.europa.eu/epale/it/resource-centre/content/lagenda-2030-lo-sviluppo-sostenibile-nuovo-quadro-strategico-delle-nazioni> (Ultima consultazione 07/12/2017).



6

LA POLITICA SALUTE 2020



7

IMMAGINE 7

Schema dei quattro ambiti prioritari definiti dal documento "SALUTE 2020. Un modello di politica europea a sostegno di un'azione trasversale al governo e alla società a favore della salute e del benessere".

Lo sviluppo di un nuovo approccio olistico risulta particolarmente interessante se riletto in funzione delle teorie recenti del Prof. A. Antonovsky, (1923–1994) sociologo americano che ha contribuito ad una revisione generale del concetto di salute attraverso la propria teoria sulla "salutogenica". In accordo con le linee di riferimento dettate dall'OMS, Antonovsky aveva coniato il termine "salutogenesi", ovvero un nuovo orientamento avente come obiettivo quello di analizzare le condizioni della salute piuttosto che i fattori in grado di determinare l'insorgenza di una malattia.

Attraverso un complesso insieme di studi scientifici, il sociologo americano definiva la salute come il punto opposto della malattia. Con questo non intendeva affermare che la salute sia raggiungibile solo in assenza di malattia (come prevedeva la visione ormai superata di salute), ma definiva la condizione umana come un continuo equilibrio tra una parte sana e una parte malata che determina una posizione costantemente variabile dell'uomo durante le diverse fasi della propria vita.² In altre parole, secondo la teoria sulla salutogenica, salute e malattia sono due condizioni umane che coesistono in una contrapposizione continua tra "fattori d'aggravio" e "fattori di protezione", quest'ultimi particolarmente importanti secondo l'autore in quanto comprendono le risorse «*fisiche, personali, psichiche, interpersonali, socioculturali e materiali*»³; ne deriva una visione più aperta della salute che comprende anche i fattori materiali, ovvero l'ambiente fisico naturale e antropico nel quale l'individuo conduce la propria vita. In questo caso un ambiente favorevole e progettato con finalità in accordo con i principi della salutogenesi, potrebbe costituire un importante "elemento di resistenza" in grado agevolare l'uomo nella ricerca del benessere. Tali fattori, infatti, intervengono attivamente nei processi rendendo l'individuo equipaggiato e preparato ad affrontare le sfide e

2 Vedi: M. Di Pilato, R. Longo, C. Tortone, A. Pierò (a cura di) *Una Interpretazione Salutogenica della Carta di Ottawa*, ASL T04 – Dipartimento di Salute Mentale, DoRS – Regione Piemonte (Centro Regionale di Documentazione per la Promozione della Salute). Sintesi e adattamento dell'articolo: M. Eriksson, B. Lindstrom, *A salutogenic interpretation of the Ottawa Charter*, in *Health Promotion International*, March 2008, Vol. 23 No. 2, 190-199; *Speciale Architettura per la Salute: la progettazione consapevole degli spazi di cura*, Dynameis Rassegna per l'architettura organica vivente, n°2, 2016.

3 Promozione Salute Svizzera, Vedi: URL <https://www.quint-essenz.ch/it/topics/1249> - (Ultima consultazione 08/12/2017).

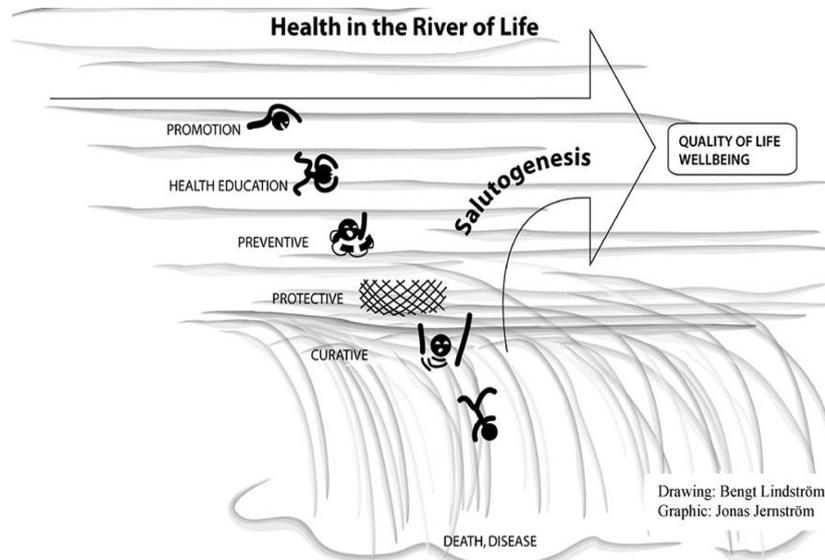


IMMAGINE 8

La salute nel fiume della vita secondo la teoria della Salutogenesi.

8

i fattori opposti che minano al mantenimento di un ottimale stato di salute.

«[...] la salutogenesi è un apprendimento dalla vita e per tutta la vita, in cui l'elemento fondatore è l'equilibrio soggettivo che ognuno riesce a costruire tra il proprio Sé e l'ambiente circostante. Solo così le persone possono creare coerenze tra la loro quotidianità e la complessità di nuove conoscenze ed essere al centro del processo, attive, partecipi, soddisfatte, capaci di affermare i propri diritti»⁴.

«[...] se non vi è attenzione verso la persona e l'ambiente non vi può essere alcuna garanzia del diritto alla salute [...]»⁵.

Lo sconfinamento verso teorie e concetti prettamente medici e psicologici risulta necessario poiché l'articolazione spaziale e le teorie che hanno guidato la progettazione architettonica in campo medico ritrovano il proprio fondamento nella realtà sociale e sanitaria di un luogo. L'importante teoria sviluppata da Antonosky infatti non comportò solo la modifica della coscienza sociale circa il ruolo dell'uomo e l'importanza di una continua ricerca di accrescere le proprie conoscenze e gli strumenti a propria disposizione, ma ha anche indirizzato i principi che si trovano alla base di un'architettura sostenibile e "umanizzata" destinata a ospitare ogni funzione ma, con un particolare riferimento, all'architettura dei luoghi di cura quale possibile alleato terapeutico.

La Teoria della salutogenesi si diffuse a partire dagli anni '90 nel mondo accademico Europeo, spinta anche da una profonda crisi economica del settore pubblico che impose una modifica sostanziale delle politiche in materia di salute. La spesa per la cura e il trattamento delle malattie andava infatti contenuta a favore di attività di prevenzione e promozione, riguardanti l'individuo, gli stili di vita ma, allo stesso tempo, anche tutti i determinanti che verranno successivamente approfonditi.

⁴ P. Garista, "Salutogenesi" come diritto di "apprendere e creare la salute", URL - https://www.academia.edu/7111824/Salutogenesi_come_diritto_di_imparare_e_creare_salute (Ultima consultazione 20/12/2017).

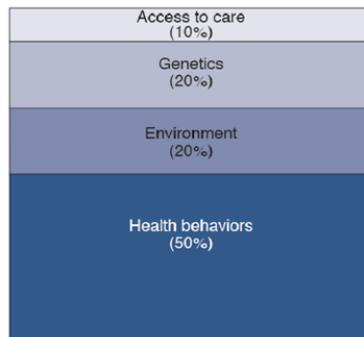
⁵ I. Cavicchi, *Malati e governatori. Un libro rosso per il diritto alla salute*, Dedalo, Roma, 2006.

1.3 UN NUOVO RUOLO PER L'ARCHITETTURA: UN POSSIBILE DETERMINANTE DELLA SALUTE?

I determinanti della salute consistono in quei fattori che influiscono direttamente sullo stato di benessere psicofisico di un individuo. L'influenza di tali determinanti varia a seconda del peso che essi riescono ad avere sulla salute umana e del loro grado di modificabilità. Essi infatti possono essere suddivisi in determinanti non modificabili (ovvero il sesso, l'età, le caratteristiche biologiche e genetiche) e determinanti modificabili che comprendono gli stili di vita, le reti sociali, l'ambiente di vita e lavorativo, le condizioni ambientali, culturali e socioeconomiche.

Osservando lo schema relativo agli studi dei ricercatori Dahlgren e Whitehead in merito alle "Politiche e strategie per promuovere l'equità sociale nella salute"¹, si nota che dal settore centrale, rappresentante i fattori genetici e biologici propri di ogni individuo, procedendo verso l'esterno, i fattori determinanti la salute diminuiscono la propria influenza sull'uomo e contribuiscono a creare il contesto ambientale e sociale in cui egli vive: la terza fascia, in particolare, dimostra la possibile influenza dell'ambiente di lavoro e della propria abitazione; si evince quindi che l'architettura interviene nel processo di promozione del benessere in misura certamente minore rispetto ad altri fattori, ma sicuramente in modo non trascurabile.

¹ La ricerca *Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health*, sviluppata da Dahlgren e Whitehead nel 1991 in collaborazione con l'Università di Stoccolma, Svezia, sviluppa il modello di riferimento per l'individuazione dei fattori determinanti la salute e individua varie tipologie e differenti livelli di influenza. Per approfondire: G. Dahlgren, M. Whitehead, *Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health*, Institute for Futures Studies, Stockholm, Sweden, 1991.



9

IMMAGINE 9

I determinanti della salute secondo G. Dahlgren e M. Whitehead.



10

IMMAGINE 10

Percentuali di influenza dei fattori determinanti la salute.

Lo schema pubblicato da "HEALTH AND HEALTH CARE 2010 The Forecast, The Challenge"², propone invece un'analisi che individua la percentuale di influenza dei vari fattori sulla salute dell'uomo definendo gli stili di vita come le risorse più importanti per influenzare positivamente il nostro stato di salute (50%), seguiti dai fattori ambientali e genetici (influenti per il 20 % ciascuno) e dalla facilità di accesso alle cure, la quale influisce per il 10 % sul valore complessivo.

L'ambiente che accoglie la vita risulta quindi universalmente riconosciuto come un importante fattore determinante della salute. Le principali tappe che hanno condotto verso questa visione condivisa del ruolo dell'ambiente e, conseguentemente, hanno favorito la diffusione di principi e fondamenti in tutto il mondo possono essere sintetizzate nelle seguenti tappe:

LA PROMOZIONE DELLA SALUTE COME PRIMO PASSO VERSO IL BENESSERE

1° Conferenza Internazionale sulla Promozione della Salute, Ottawa, 1986

La Carta di Ottawa (CDN) fu il primo documento comunitario che si occupò del tema della Promozione della Salute e definì gli obiettivi da raggiungere per garantire alla comunità mondiale un livello di benessere adeguato alle necessità del tempo. La dichiarazione definiva la promozione della Salute come

«[...] il processo che mette in grado le persone di aumentare il controllo sulla propria salute e di migliorarla. Per raggiungere uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, un individuo o un gruppo deve essere capace di identificare e realizzare le proprie aspirazioni, di soddisfare i propri bisogni, di cambiare l'ambiente circostante o di farvi fronte.

La salute è quindi vista come una risorsa per la vita quotidiana, non è l'obiettivo del vivere. La salute è un concetto positivo che valorizza le risorse personali e sociali, come pure le capacità fisiche. Quindi la promozione della salute non è una responsabilità esclusiva del settore sanitario, ma va al di là degli stili di vita e punta al benessere»³.

È evidente come il documento abbia contribuito ad avviare uno studio intersettoriale non riferito solamente al campo sanitario, ma contaminato da fattori economici, sociali, culturali e ambientali che individuano «Le condizioni e le risorse fondamentali per la salute[...]» ovvero «[...]la pace, l'abitazione, l'istruzione, il cibo, un reddito, un ecosistema stabile, le risorse sostenibili, la giustizia sociale e l'equità»⁴. In questo elenco di fattori determinanti la salute viene inserito l'ambiente esterno (sia esso naturale o antropico) come elemento in grado di avere influenze positive o negative sullo stato di salute di un individuo. Non vengono elencati i criteri con cui analizzare la qualità di un ambiente ma si sottolinea l'importanza di vivere in un ambiente favorevole in grado di generare «condizioni di vita e di lavoro che sono sicure, stimolanti, soddisfacenti e piacevoli»⁵.

2 The Institute for the Future, *HEALTH AND HEALTH CARE 2010 The Forecast, The Challenge*, Editore Jossey-Bass, San Francisco, CA, Gennaio 2003.

3 La Carta di Ottawa per la Promozione della Salute, 1° Conferenza Internazionale sulla promozione della salute, Ottawa, Ontario, Canada, 17-21 novembre 1986.

4 *Ibidem.*

5 *Ibidem.*

L'AMBIENTE DI VITA E LE RIPERCUSSIONI SULLA SALUTE

2° Conferenza internazionale sulla promozione della salute, Adelaide, 1988

I fondamenti della Carta di Ottawa vennero ripresi e approfonditi in occasione della Seconda Conferenza Internazionale di Adelaide (AUS) in cui, tra i numerosi obiettivi da perseguire, venne ribadita l'importanza della creazione di ambienti favorevoli e di supporto allo svolgimento di una vita in salute. In particolare, una delle strategie di intervento immediato per sviluppare una politica pubblica per la salute, tra quelle individuate dalla documentazione finale dei lavori, evidenzia proprio la problematica della creazione di ambienti di vita favorevoli. Non si fa riferimento all'architettura e alla città ma si individua nell'ambiente un importante *ecosistema complesso* da salvaguardare e rispettare coerentemente allo sviluppo industriale e agricolo in atto.

LA RELAZIONI TRA I CONTESTI E LO STATO DI SALUTE DELLA POPOLAZIONE MONDIALE

3° Conferenza internazionale sulla promozione della salute, Sundsvall, 1991

La Terza Conferenza di Sundsvall, in Svezia, affermò definitivamente il ruolo chiave dell'ambiente nei temi relativi alla salute pubblica. Si analizzò la condizione economica e sociale della popolazione mondiale concludendo che le condizioni ambientali che caratterizzano la vita di milioni di abitanti nel mondo spesso finiscono per ostacolare i processi di sviluppo e promozione della salute rendendo parzialmente applicabili tutte le politiche proposte dalle conferenze precedenti. Prese il via quindi un nuovo periodo di consapevolezza circa l'importanza di vivere in un ambiente salubre e positivo insieme alla necessità di intervenire nel breve termine sulle condizioni più critiche.

INTERVENIRE SULLA CITTÀ PER PROMUOVERE LA SALUTE E IL BENESSERE GLOBALE

6° Conferenza internazionale sulla promozione della salute, Bangkok, 2005

Con la Carta di Bangkok per la "Promozione della salute in un mondo globalizzato", venne sottolineata l'importanza della promozione della salute e la necessità, di ogni paese, di agevolare lo sviluppo dei programmi per facilitare l'accesso ad attività in grado di migliorare le condizioni di benessere di tutti i cittadini. Infatti, il lungo processo di sviluppo dei programmi di promozione della salute aveva condotto la società a un enorme miglioramento delle condizioni generali e dell'aspettativa di vita ma era ancora evidente lo squilibrio tra le nazioni del mondo industrializzato con le nazioni appartenenti all'area più povera. La salute pubblica, infatti, viene gestita e promossa da uno stato centrale (con specifiche competenze regionali nel caso italiano) e di fatto, una situazione politica complessa contribuisce spesso a un peggioramento generale delle condizioni di vita della popolazione. L'impoverimento delle classi sociali determina inoltre un indebolimento economico e del tessuto urbano che compromette l'equilibrio del "sistema città" che, come visto in precedenza, influisce indirettamente sulle condizioni di benessere psicofisico di un individuo.

IMMAGINE 11

Shangai, vista dall'alto del centro città.



RIPENSARE LA CITTÀ “IN SALUTE” DEL XXI SECOLO

9° Conferenza internazionale sulla promozione della salute Shanghai, 2016:

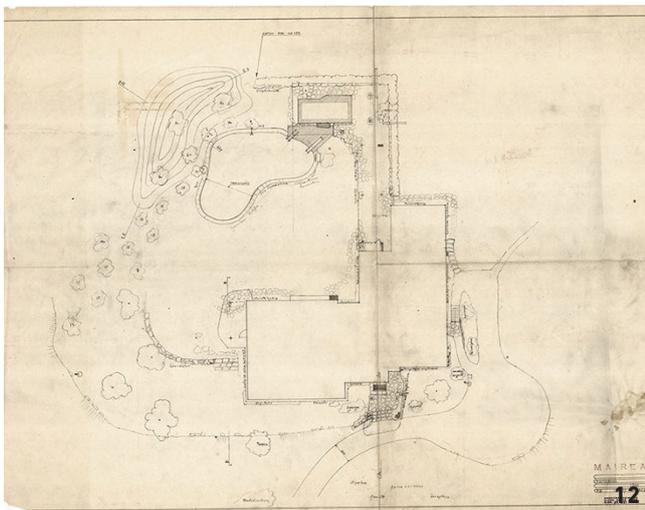
Tra le altre Conferenze relative al tema della salute pubblica, particolarmente incentrata sul tema dell'ambiente urbano fu quella di Shanghai dal titolo “*The future of public health lies in cities*”, ovvero “Il futuro della salute pubblica si trova nelle città”.

«La salute pubblica è nata nelle città. Nel diciannovesimo secolo, i servizi igienico-sanitari rivelarono come la pianificazione urbana influisse sulla salute dei cittadini. Questo riconoscimento del legame tra la salute delle persone e i luoghi in cui vivevano ha portato a importanti cambiamenti nel modo in cui è stata impostata la politica sanitaria. In un mondo in cui oltre la metà della popolazione vive in città, è tempo per noi di riflettere su questo collegamento e ricordare perché risulta così importante»⁶.

La scelta di organizzare l'incontro nella città di Shanghai apparve emblematica: la metropoli cinese - città con il più numero di abitanti del paese e del mondo intero - negli ultimi decenni ha trasformato radicalmente il proprio assetto urbano grazie al rapido e costante sviluppo economico e commerciale che le ha permesso di diventare una delle maggiori capitali economico-finanziarie del mondo. Tuttavia, la crescita della città ha inevitabilmente condotto verso processi di trasformazione smisurata del tessuto urbano e verso una conseguente e contraddittoria consapevolezza circa la necessità di attuare politiche in grado di ribadire, ancora una volta, il ruolo centrale della città come nucleo da cui partire per migliorare la salute di chi abita il pianeta.

Gli atti e le conclusioni derivanti dai congressi internazionali hanno dato vita una

⁶ Testo originale: «Public health was born in cities. In the 19th century, sanitation revealed how city planning affected citizen health. This recognition of the link between people's health and the places they lived led to dramatic changes in the way health policy was created. In a world where over half the population now lives in towns and cities, it is time for us to revisit this link and remember why it matters». Intervento di Dr Margaret Chan - Direttore Generale della WHO, Shanghai 1/12/ 2016, URL <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/chan-public-health-future/en/> (Ultima consultazione 11/01/2018).



serie di iniziative partite in questi ultimi anni con l'obiettivo di coinvolgere i cittadini e le associazioni territoriali nei processi decisionali relativi alla salute pubblica. Tra le altre, è doveroso ricordare "La rete delle città sane"⁷, un sistema di condivisione e collaborazione attiva tra municipalità italiane ed europee rivolto alla promozione e allo sviluppo di programmi incentrati sulla

«[...] innovazione, leadership e governance partecipata in tema di salute e benessere, nella quale i temi prioritari individuati sono suddivisi in quattro aree: investire nella salute lungo tutto il corso della vita (life-course approach) e favorire l'empowerment delle persone, affrontare le grandi sfide di salute pubblica sia in riferimento alle malattie trasmissibili che a quelle non trasmissibili, rafforzare sistemi di salute centrati sull'individuo e le capacità, la prontezza di reazione alle emergenze e la sorveglianza in tema di salute pubblica e in accordo con il tema delle città, creare comunità resilienti e ambienti favorevoli alla salute»⁸.

Pertanto, se la città può essere definita come l'insieme di componenti architettoniche e urbane che creano un sistema unitario governato da infinite relazioni tra le parti, le suddette riflessioni si intrecciano inevitabilmente alle teorie riguardanti l'architettura che, già nella metà del secolo scorso, ci parlavano di una attenzione nascente verso il benessere dell'uomo e tutte le componenti psicologiche e cognitive che caratterizzano il suo rapporto con lo spazio.

Nello scritto di Alvar Alto del 1940 intitolato *The Humanizing of Architecture*, il maestro finlandese affronta il problema del funzionalismo estremo auspicando un rinnovamento del processo di razionalizzazione dell'architettura attraverso una contaminazione tra saperi contigui che possano tener conto delle componenti umane e psicologiche dell'individuo destinatario.

«L'architettura è, e resta, un meraviglioso processo di sintesi in cui sono coinvolte migliaia di componenti umane: essa rimane pur sempre "architettura". La sua missione è ancora di armonizzare il mondo materiale con la vita.

7 Per approfondire, URL <http://www.retecittasane.it/retecittasane> (Ultima consultazione 11/11/2018)

8 Fase VI (2014-2018) della Rete Europea Città Sane OMS, Richiesta ufficiale di manifestazione di interesse, pagg. 2,3,4. URL http://www.retecittasane.it/news/Adesione_Fase_VI_OMS_traduzione_italiana.pdf (Ultima consultazione 11/12/2017)

IMMAGINE 12
A. Aalto, Villa Mairea, Planimetria generale. Planimetria generale (disegno originale).

IMMAGINE 13
Maire e Aino Aalto a Villa Mairea.

Rendere l'architettura più umana significa fare architettura migliore, e significa allargare il concetto di funzionalismo oltre il limite della tecnica. Questa meta può essere raggiunta solo con mezzi architettonici, creando e combinando le tecniche, così che si possa offrire all'uomo l'esistenza più armoniosa possibile»⁹.

Il sanatorio di Paimio rappresenta un riferimento per l'architettura sanitaria del XX secolo e un'interpretazione fedele del pensiero dell'architetto finlandese circa la sua personale idea di architettura. Il complesso sanitario, completato nel 1933, sorge all'interno di un folto bosco di betulle e individua un paesaggio rilassante e silenzioso, un luogo perfetto per ospitare coloro i quali, affetti da patologie respiratorie venivano inseriti in percorsi di cura e riabilitazione. L'architettura si rifà al modello del funzionalismo Moderno pur mantenendo l'impronta organica tipica dei progettisti Alvar e Aino Aalto. Originariamente nata per ospitare malati di tubercolosi, la struttura modificò la propria funzione in ospedale generico mantenendo inalterati gli spazi, il sistema di arredi e complementi interni, appositamente progettati per una ottimale fruizione da parte della particolare utenza. La particolare attenzione rivolta alla progettazione degli elementi e degli spazi che avrebbero accompagnato il percorso di guarigione degli utenti deriva da una volontà di rendere più "umana" un'architettura di matrice funzionalista così da supportare attivamente la vita dei suoi ospiti anche attraverso un uso sapiente di forme e materiali:

«[...] uno degli aspetti tipici dell'architettura moderna è stata l'attenzione posta alla fabbricazione in serie partendo da nuovi materiali e da nuovi procedimenti costruttivi. La sedia in tubolare d'acciaio è senza dubbio razionale sotto il duplice aspetto della tecnica e della costruzione: essa è leggera e si presta bene alla produzione in grande serie. Ma dal punto di vista umano le superfici di acciaio cromato non sono soddisfacenti. L'acciaio è un forte conduttore di calore. Le superfici cromate hanno riflessi abbaglianti e, dal punto di vista acustico, male si prestano a una sala. Le motivazioni razionali che hanno dato luogo a questo stile di mobile erano ben poste, ma il risultato conclusivo sarà accettato soltanto se, nel quadro di un processo di razionalizzazione, si potrà ricorrere a materiali che tengono conto delle esigenze dell'utenza»¹⁰.

IMMAGINE 14

A. Aalto, Sanatorio di Paimio, 1933. Vista dello stato attuale del fronte di accesso principale.

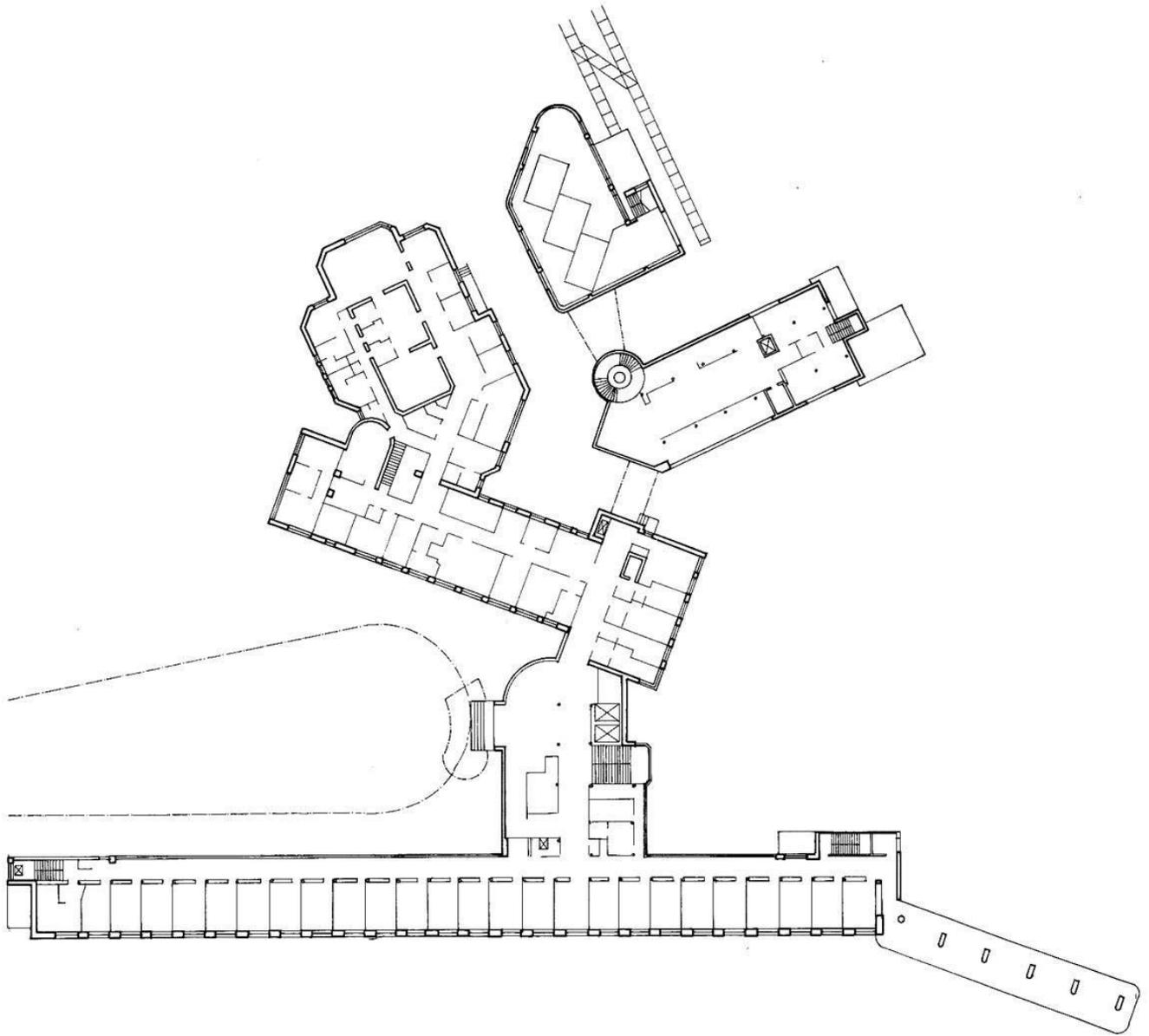
IMMAGINE 15

A. Aalto, Sanatorio di Paimio, 1933. Vista interna della sala riunioni interamente arredata con la "sedia Paimio" progettata direttamente da Aalto per il sanatorio.

9 A. Aalto, *The Humanizing of Architecture* in M. Fagiolo, A. Aalto, *Idee di architettura, scritti scelti 1921-1968*, Zanichelli, Bologna, 1987.

10 *Ibidem*.





16

La celebre sedia Paimio, inserita in ogni spazio del sanatorio e nata appositamente per il progetto dei relativi spazi interni, è divenuta negli anni l'immagine dell'architettura di Aalto: forme morbide per accogliere l'uomo, linee sinuose dal carattere rassicurante a confortevole progettate per facilitare la respirazione, legno curvato e sagomato per integrarsi alla natura del luogo in quanto «*materiale profondamente umano, capace di ispirare le forme*», sistemi di produzione in serie per rimanere al passo con i tempi.

Le realizzazioni di Aalto hanno rappresentato un primo passo verso l'umanizzazione degli spazi, un approfondimento del ruolo dell'architettura orientato a dare maggiore importanza all'uomo come destinatario principale dello spazio architettonico.

IMMAGINE 16

A. Aalto, Sanatorio di Paimio, 1933.
 Planimetra generale dell'edificio principale alla quota urbana.

«[...] il razionalismo non è andato sufficientemente in profondità. Anziché opporsi all'atteggiamento razionalista, la corrente più recente dell'architettura moderna si sforza di elaborare soluzioni razionali, che partono dalla tecnica, certamente, ma che considerano contemporaneamente le componenti umane e psicologiche. Senza dubbio l'architettura moderna è ora in una nuova fase, nella quale si tenta di considerare e dare soluzione anche ai problemi umani e psicologici. Ciò non significa che questo periodo sia in contraddizione con quello precedente. Al contrario, lo si deve considerare un allargamento dei metodi razionali per inglobare i settori contigui della conoscenza»¹¹.

Quasi un secolo fa si ricercavano i caratteri di un'architettura che potesse sostenere e facilitare le attività umane parallelamente ad un processo pianificatorio e costruttivo rivolto ad una massima ottimizzazione ed efficienza dei processi progettuali che, tuttavia, spesso procedevano nella direzione opposta verso scenari di mediocrità e omologazione. La poetica di Alvar Aalto ci ha mostrato un modello alternativo in cui il pensiero Moderno è riuscito a integrarsi con gli aspetti più umani dello spazio e dell'architettura, un nuovo rapporto tra *il razionalismo e l'uomo* che rimase spesso disatteso.

«Le cose che circondano l'uomo [...] sono cellule e tessuti, esseri viventi, componenti edilizi che costituiscono la vita umana. Si devono considerare come unità biologiche, altrimenti si corre il rischio che non si adattino al sistema e perdano così la loro umanità»¹².

Appare chiaro come il ruolo dell'architetto sia non solo quello di progettare per offrire riparo e protezione ma anche e soprattutto quello creare un habitat che sia una risposta al vissuto dell'uomo e della società in generale, spesso contraddittoria e sempre molteplice. Ovviamente l'architettura non può perdersi nei tentativi deterministici di imposizione formale e funzionale dello spazio sull'uomo, ma essa deve porsi in una posizione intermedia, in armonia con il contesto e a supporto delle funzioni sociali e biologiche dell'essere umano. L'umanità, per Aalto, non rappresentava solamente la rispondenza dell'opera costruttiva a specifiche attitudini comportamentali della committenza, convergenti verso modelli comportamentali predefiniti da ovvie conformazioni spaziali e funzionali, ma diventava espressione di una nuova sensibilità, espressa con tutta la sua forza nel Sanatorio di Paimio, nei confronti dell'uomo come organismo complesso caratterizzato da interazioni fisiche, cognitive e sensoriali.¹³

L'affermarsi di tale consapevolezza, conseguentemente alla critica del Moderno, ha condotto verso una maggiore conoscenza delle potenzialità del progetto architettonico, il quale, conformandosi in «*funzione sia delle esigenze anatomiche e metriche [...] che di quelle connesse alla sfera della percezione, dei processi cognitivi e della sfera sociale*»¹⁴, può recuperare un ruolo di supporto pressoché terapeutico a sostegno della salute nella sua connotazione contemporanea di benessere multifattoriale.

11 *Ibidem.*

12 A. Aalto, *Il razionalismo e l'uomo*, in M. Fagiolo, A. Aalto, *Idee di architettura, scritti scelti 1921-1968*, Zanichelli, Bologna, 1987.

13 C. Cellucci, M. Di Sivo, *F.A.A.D. city. Città Friendly, Active, Adaptive*, Pisa University Press, Pisa, 2018. Pag.14.

14 *Ivi*, pag. 15.

In conclusione quindi, prendendo in prestito alcune considerazioni presentate dal Prof. Stefano Capolongo¹⁵ durante il Convegno "Architettura Città e Salute. Promuovere oggi la salute nella città e negli ambienti di vita" nell'ambito del proprio intervento intitolato "Città in salute", ci si dovrebbe interrogare circa il nuovo ruolo che può essere assegnato all'architettura e alla pianificazione urbana: esse sono in grado di produrre salute? Ovvero, non solo progettare per i malati ma anche progettare per non far ammalare?

15 Stefano Capolongo, Ordinario presso il Politecnico di Milano e afferente al Dipartimento di architettura, ingegneria delle costruzioni e ambiente costruito, si occupa dello studio delle relazioni tra spazio costruito e salute attraverso studi particolarmente incentrati sulla valutazione degli strumenti per l'analisi e il controllo della qualità dell'aria interna oltre che sulla flessibilità e sulla sostenibilità nella progettazione di spazi ospedalieri. Tra le numerose ricerche e pubblicazioni risultano particolarmente affini al tema della dissertazione: S. Capolongo, *Edilizia ospedaliera. Approcci metodologici e progettuali*, Hoepli, 2006; S. Capolongo, *Architecture for flexibility in healthcare*, Franco angeli, 2012; D. D'Alessandro, S. Capolongo, *Ambiente costruito e salute. Linee d'indirizzo di igiene e sicurezza in ambito residenziale*, 2016; S. Capolongo, M.L. Del Gatto, *Qualità e prestazioni delle strutture ospedaliere*, 2017



IMMAGINE 17
Locandina ufficiale dell'evento.

IMMAGINE 18
Intervento del Professore Stefano Capolongo alla Casa dell'Architettura di Roma (ex Acquario Romano) nell'ambito del convegno nazionale *Architettura Città e Salute. Promuovere oggi la salute nella città e negli ambienti di vita*, organizzato da Dipartimento Progetto Sostenibile ed Efficienza Energetica (DiPSE), Ordine degli Architetti di Roma in collaborazione con il Politecnico di Milano e con *La Sapienza* Università di Roma. Roma, 6 ottobre 2017.





APPENDICE AL CAPITOLO 1

UN'INTERPRETAZIONE ARTISTICA: GUSTAV KLIMT

Nel 1984 il pittore austriaco Gustav Klimt affrontò il tema della salute nel dipinto "Medicina" in cui, invece di celebrare i successi dello straordinario avanzamento scientifico che caratterizzò tutto il XIX secolo, egli espresse la rassegnazione tipica dell'esistenza umana fondata sulla consapevolezza della temporaneità e dell'inevitabilità della morte. L'autore si servì della figura di Igea, la divinità greca ritratta in primo piano, non per esaltare e diffondere i principi della promozione della salute e del potere curativo della medicina, ma per ricordare, attraverso la figura austera di una donna con lo sguardo fisso sullo spettatore, le debolezze e le fragilità proprie dell'essere umano. L'opera "Medicina" fa parte di una collezione di tre dipinti commissionati dall'università di Vienna con l'intento di abbellire i soffitti degli spazi della prestigiosa istituzione universitaria oltre che interpretare il tema della "Vittoria della luce sulle tenebre" e, quindi, esaltare il potere della conoscenza, della ragione e della scienza. Le tre opere – andate perdute nell'incendio del Castello di Immendorf, in Germania, ad opera delle truppe tedesche nel 1945 - rappresentavano le allegorie relative a tre delle più importanti facoltà presenti all'epoca nella città di Vienna, ovvero la filosofia, la giurisprudenza e, appunto, la medicina. La turbolenta storia dei tre dipinti ci riporta tuttavia a una realtà politica e sociale nettamente differente da quella che l'università austriaca intendeva promulgare e diffondere.

Il primo dipinto ad essere concluso fu "Filosofia", una tela di 430x300 cm che raffigurava, sul lato sinistro, un vortice di corpi nudi simboleggianti la nascita, la vita e la morte in un andamento ascendente e contemporaneamente, sul lato destro, un'inquietante figura emergente, su uno sfondo scuro e cupo, a rappresentazione della Sapienza. Il sentimento intrinseco dell'opera sembrava ripercorrere la via opposta a quella degli intenti iniziali dei committenti: piuttosto che esaltare il pensiero illuminista del periodo, il quadro sembrava invitare l'osservatore a riflettere sull'incapacità della ragione e del pensiero di spiegare il mistero della vita e della morte. Una interpretazione fortemente pessimistica della realtà che caratterizzò anche i due dipinti che seguirono.

"Medicina" venne conclusa nei primi anni del '900 e nonostante i maggiori esponenti accademici inviarono feroci critiche e accuse di pornografia all'artista austriaco, il sentimento predominante dell'opera riprese i principi guida del primo dipinto. Fortemente criticata perché non in linea con l'atmosfera ottimistica suggerita dall'inarrestabile progresso scientifico di inizio secolo, l'opera rappresentava un'interessante interpretazione simbolica della disapprovazione dell'artista verso il modello medico imperante in quegli anni, incentrato sulla cura della patologia e del sintomo come unica possibile salvezza nei confronti della malattia.

[nella pagina precedente](#)

IMMAGINE 19

Gustav Klimt, *Medicina*, 1907 (distrutto).
Riproduzione a colori sulla base degli schizzi preparatori dell'artista e di alcune immagini in bianco e nero sopravvissute all'incendio del 1945.



IMMAGINE 20

Gustav Klimt, *Filosofia*, 1899-1907 (distrutto).

IMMAGINE 21

Gustav Klimt, *Giurisprudenza*, 1903-1907 (distrutto).

L'opera seguiva lo stile della precedente e, anche in questo caso, un ammasso di corpi raffigurava i diversi stadi della vita e il progressivo, nonché inevitabile, percorso verso la morte, la quale, attraverso un enorme mantello nero, avvolgeva indistintamente l'intreccio di figure umane. L'allegoria della medicina, la facoltà ispiratrice dell'opera, appariva anche in questo caso sulla destra e non a rassicurare circa la possibilità che le scoperte scientifiche potessero salvare l'umanità dall'inevitabile, bensì appariva nelle vesti di una figura rassegnata e inflessibile di fronte allo scorrere della vita. Infatti, la volontà dell'autore, anche in questo caso, fu quella di ridimensionare l'ottimismo rivolto verso gli sviluppi scientifici e riportare l'attenzione verso la ricerca del benessere come unica risposta all'esistenza umana, ineluttabilmente instabile e provvisoria; una interpretazione nuovamente opposta alle richieste della committenza.

L'ultimo "sintomo" della ribellione dell'artista alla società del primo '900 fu la tela "Giurisprudenza", la rappresentazione simbolica dei tre principi della "Verità", della "Giustizia" e della "Legge" che, invece di rassicurare la figura umana, posizionata centralmente, sembravano volerla sopraffare e terrorizzare.

«In una alternativa di crudo naturalismo e di astratto decorativismo, Klimt aveva infatti cercato di esaltarvi la natura e la vita in antitesi con le convenzioni sociali. Intanto si maturava il suo stile più personale e inconfondibile, impostato su una preziosità inesauribile, raggiunta con l'uso di materiali diversi (oro, vetri), in un continuo svolgersi di forma dal reale all'astrazione decorativa»¹.

¹ Gustav Klimt, URL <http://www.treccani.it/enciclopedia/gustav-klimt/> - (Ultima consultazione 11/04/2018).

L'utilizzo di simbolismi, nudità e figure oscure, rendevano esplicito il conflitto esistenziale interno all'autore e alla stessa società, la quale, attraverso la conoscenza e la ragione, si illudeva di potersi salvare sconfiggendo la morte e la temporaneità dell'uomo. La scelta controcorrente portò ad un rifiuto delle opere da parte dei committenti, i quali spinsero l'artista ad effettuare una serie di modifiche che avrebbero snaturato il valore simbolico e artistico della collezione; in seguito al rifiuto di Klimt, l'accademia respinse quindi le opere che vennero ritirate dall'artista stesso e custodite gelosamente. Nonostante i tre quadri non seguirono il percorso previsto, la forza delle provocazioni e delle critiche dell'artista Viennese furono un importante spunto di riflessione per molti teorici del tempo e sollevarono un nuovo senso di inquietudine e insicurezza colpevolmente taciuto dalle istituzioni nel tentativo di esaltare il proprio potere.

Nonostante il destino nefasto della collezione, Le opere di Klimt incarnarono fedelmente il tormento e il sentimento critico di una società guidata dalla secessione viennese e desiderosa di allontanarsi da un passato ancora troppo influente per una realtà in trasformazione.

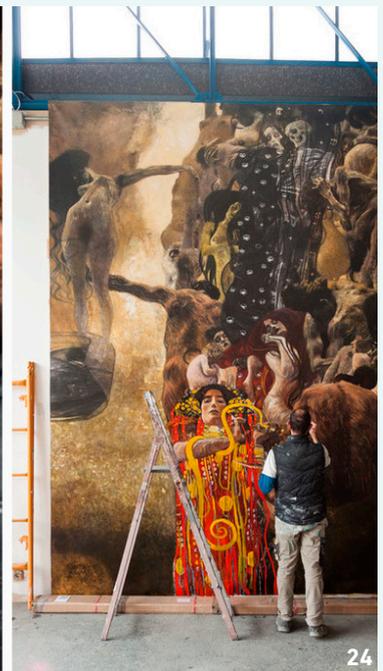
In conclusione, è doveroso sottolineare il lavoro di fedele riproduzione dell'opera *Medicina* a cura del gruppo di esperti di *FACTUM arte* un laboratorio artisti che, nel 2017, hanno concluso il lavoro di "rimaterializzazione" del dipinto andato perduto. L'importante lavoro del team di artisti e restauratori non solo ci permette di disporre nuovamente di una opera di evidente importanza storica e artistica, ma permette agli osservatori contemporanei di immergersi nella straordinaria armonia di colori e simboli che il dipinto ancora oggi ci offre. La possibilità di ricreare quest'opera unica attraverso tecnologie e strumentazioni digitali di ultima generazione non deve essere considerato un'operazione di copia e semplice riproduzione artistica ma va interpretata come un'azione artistica che contribuisce alla diffusione e alla conservazione di opere d'arte irripetibili che attraverso la tecnologia "rinascano dalle proprie ceneri".

IMMAGINE 22

Fasi preparatorie per il lavoro di ricostruzione del dipinto.

IMMAGINI 23, 24

Un componente del team di *FACTUM arte* durante le fasi di lavorazione.



CAPITOLO 2

CAPITOLO 2

L'UMANIZZAZIONE COME SUPERAMENTO DELL'EGEMONIA TECNICO-SCIENTIFICA

2.1 PER UNA DEFINIZIONE DI UMANIZZAZIONE

Il termine "umanizzazione" si offre a molteplici letture. La definizione linguistica della parola afferma che "umanizzare" significa «rendere più umano e civile, più conforme a quella che si ritiene debba essere la natura umana» e può essere «riferito, come oggetto, a situazioni di esseri umani», ma anche «rendere simile, per natura e aspetto, a esseri umani»¹. Si può quindi tentare di umanizzare atti e comportamenti propri dell'essere umano, così come umanizzare le caratteristiche di uno spazio, di un oggetto o di un animale. In questo caso, umanizzare significa trasferire caratteristiche prettamente umane a soggetti, oggetti, realtà destinatarie solitamente prive di tali qualità che l'uomo determina. Nell'arte del periodo a cavallo tra il XVII e XVIII secolo si diffusero – principalmente in territorio francese - le *Singeries*², opere raffiguranti scimmie nell'atto di svolgere azioni, specificamente umane, che caratterizzavano la vita degli uomini del tempo, ad esempio giocare a carte in una taverna, tagliare i capelli in un salone di barbiere (in questo caso in compagnia di gatti), ma anche nell'atto di compiere attività più nobili come dipingere e scolpire una statua. Nello stesso periodo, alcuni famosi scrittori francesi come Perrault e La Fontaine ripresero il genere letterario della favola sviluppando numerosi testi in cui, attraverso il racconto delle vicende di animali umanizzati, si rendeva esplicita una morale o si sottolineavano i vizi e le virtù dell'uomo del tempo.

Eppure l'umanizzazione, come sottolineato in apertura, si riferisce all'uomo non solo copiandone e trasferendone le espressioni e gli atteggiamenti tipici, ma

1 Vedi: Enciclopedia online Treccani, URL <http://www.treccani.it/vocabolario/umanizzare/> (Ultima consultazione 05/11/2017).

2 Vedi: URL <http://www.pitturaomnia.com> (Ultima consultazione 08/12/2017).

contribuisce a rendere l'ambiente, le relazioni, le cose e in generale il mondo antropico, più vicino alle necessità umane. "Umanizzare una relazione", o "umanizzare uno spazio", significa migliorare la condizione umana variando le caratteristiche degli elementi che lo compongono, siano essi fisici o relazionali, in corrispondenza delle aspettative e delle necessità riguardanti la sfera psicologica e/o percettiva dell'individuo/i coinvolto/i. Un'interessante quanto insolita lettura del fenomeno e una particolare interpretazione del complesso insieme di relazioni che l'esistenza umana intesse con l'architettura - in particolare in ambito sanitario - e delle relazioni che si instaurano nel momento della malattia, ci viene suggerita da un'opera della Collezione *Prinzhorn*³³, la raccolta di disegni, quadri, sculture e testi realizzati dai pazienti di alcune cliniche psichiatriche tedesche. Intorno agli anni 20 del XX secolo, la collezione, raccolta dal medico tedesco Hans Prinzhorn, si arricchì dell'opera di *Josef Forster*, paziente della clinica psichiatrica di Ratisbona che rappresentò su cartone l'immagine di un uomo con una mascherina sul volto che avanza sospeso in aria attraverso i due grandi trampoli che tiene in mano. La straordinaria e complessa espressività dell'opera ha permesso di ipotizzare differenti significati sul messaggio dell'autore da cui tuttavia emerge l'esplicita volontà di Forster di esprimere, attraverso l'arte, la difficile condizione dell'uomo malato in relazione al contesto reale: la sagoma umana che fluttua nell'aria sembra aver perso il contatto con il mondo fisico; i trampoli che la sostengono non permettono al malato di avere un rapporto con il terreno ma lo costringono ad una situazione di sospensione, quasi come se l'individuo avesse perso il proprio peso corporeo. Tuttavia, a fronte della profonda malinconia che deriva da tali riflessioni, nella frase riportata nella parte in alto a destra dell'opera, sembra emergere anche un aspetto "positivo" della condizione di malato: la perdita del proprio peso corporeo offre la possibilità di «[...] camminare attraverso l'aria a grande velocità». Alcune interpretazioni riportano proprio la sofferenza umana di fronte a un prolungato ricovero ospedaliero come la più plausibile delle letture dell'espressione artistica di Forster, protagonista di lunghe permanenze in cliniche psichiatriche. Nonostante la difficile lettura del significato proprio del dipinto a causa dell'impossibilità di ricondurre l'opera ad una corrente predeterminata e, soprattutto, in ragione della grave patologia psichiatrica del suo autore, tale opera è oggi il simbolo di un'intera collezione strettamente connessa ai principi della *Outsider Art*.⁴⁴

Riprendendo la definizione linguistica della parola "umanizzazione", risulta interessante notare come nonostante il diffuso utilizzo del termine, esploso

3 La collezione Prinzhorn è la più grande raccolta di opere realizzate da pazienti ricoverati in cliniche psichiatriche situate sul territorio tedesco. Attualmente ospitata nei locali dell'Ospedale universitario di Heidelberg presso il Centro per la medicina psicosociale, la collezione è composta da circa 20000 elementi realizzati principalmente nel periodo tra il 1891/1930 o successivi al 1980.

4 La cosiddetta *Outsider art* racchiude tutte le opere artistiche realizzate da individui emarginati con difficoltà di carattere sociale, mentale o culturale. Un articolo apparso su *Artribune*, scritto da Helga Marsala, descrive con le seguenti parole questo particolare filone artistico: «(...) universo composito dell'arte "irregolare": arte dei margini, del sottosuolo, delle periferie umane, dell'inconsapevolezza e della vocazione, della pulsione e della liberazione. L'arte di chi non è artista, per il sistema ufficiale (...), i cui autori sono «Psicotici, sociopatici, autistici, bambini, visionari, persone senza istruzione o vissute in contesti difficili, oppure gente comune, priva di formazione o coscienza artistica, ma che nel privato coltiva piccole cosmologie creative dal valore estetico, catartico, speculativo, comunicativo». Per approfondire: Osservatorio Outsider Art Sicilia, URL <http://www.outsiderartsicilia.it/> (Ultima consultazione 08/12/2017); *Artribune*, URL <https://www.artribune.com/tribnews/2014/08/irregolari-eccentrici-dilettanti-solitari-sono-gli-artisti-che-losservatorio-outsider-art-delluniversita-di-palermo-studia-e-sostiene-anche-con-una-preziosa-rivista/> (Ultima consultazione 08/12/2017).

nella pagina seguente:

IMMAGINE 1

Josef Forster, "Uomo senza gravità", Prinzhorn Collection, ca. 1916-1921



negli ultimi anni grazie anche alle numerose evidenze che hanno permesso di diffondere una nuova consapevolezza nella comunità scientifica, la parola non abbia mai raggiunto una definizione linguistica univoca ma sempre racchiusa in un indeterminato insieme di significati che vanno dalla «*necessità di porre l'uomo come fine*» a quello di creare «*un ambiente idoneo ai bisogni di socializzazione, umanità e benessere*», dal necessario «*sviluppo di reti di relazioni*» alla «*realizzazione [...] della qualità della vita di un luogo*»⁵⁵.

Quel che è certo, è che l'umanizzazione riguarda inevitabilmente l'uomo e le relazioni che esso instaura con gli altri e con il mondo, seguendo percorsi soggettivi ed estremamente variabili da persona a persona, ancorché tra l'individuo e il luogo che, di volta in volta, viene sperimentato: la predisposizione psicologica e la familiarità con il contesto possono influire in maniera più o meno determinante sul livello di umanizzazione percepito, di un luogo o di una relazione, rendendo la definizione di strategie generali d'intervento un approfondimento particolarmente complesso, quanto estremamente necessario.

Sulla base di tali conoscenze, in ambito architettonico, la volontà di umanizzare un'architettura può essere tradotta nella capacità di ideare e predisporre spazi in grado di influire positivamente sull'equilibrio generale dell'uomo, tenendo in considerazione la dimensione fisica, psichica, biochimica, sociale e spirituale della misura umana. Tale processo può riferirsi a ogni tipo di funzione, da quella abitativa a quella ricreativa, trovando un campo di applicazione particolarmente fecondo nella progettazione di strutture sanitarie: infatti, la difficile condizione dell'uomo che si appresta a utilizzare gli spazi per le cure mediche dà luogo ad una particolare criticità e, di conseguenza, se la natura psichica di chi utilizzerà quegli spazi risulta particolarmente fragile, sarà maggiormente utile prestare particolare attenzione alla progettazione di questi luoghi affinché possano mitigare la sofferenza di chi sarà costretto a farli propri. Questa tematica riveste un ruolo di primo piano nel dibattito in materia di architettura per la sanità e la consapevolezza della critica situazione economica che caratterizza quasi tutte le realtà sanitarie odierne, impone una riflessione sulla possibilità di riorganizzare l'intero sistema basandosi su un miglioramento delle qualità degli ambienti attraverso una progettazione finalizzata a un maggiore grado di umanizzazione.

5 A. Monsù Scolaro, G. Vannetti, *I colori dell'umanizzazione*, collana *Health Care Design*, Altralinea Edizioni s.r.l., Firenze, 2015, pag. 11.

2.2 IL PROCESSO DI UMANIZZAZIONE DEI SERVIZI E DELLE STRUTTURE SANITARIE

La salute pubblica e le sedi deputate allo svolgimento delle attività sanitarie correlate rappresentano un interessante esempio di come la trasformazione della società abbia modificato l'architettura e i suoi ambienti. L'ospedale che conosciamo oggi non è altro che la rappresentazione del concetto di salute che ancora caratterizza i nostri tempi: i grandi complessi ospedalieri, strutture obsolete e spesso indipendenti dal contesto urbano della città, sono l'immagine della posizione di assoluto dominio assunto dalle tecnologie mediche a sfavore dell'aspetto etico e umano della Salute Pubblica.

Il termine "ospedale", derivante dal latino *hospitale*, neutro sostantivato dell'aggettivo *hospitalis* "ospitale", col senso di "alloggio per forestieri"¹, denuncia la natura sociale e assistenziale di un luogo originariamente nato per accogliere i meno fortunati. Al di là delle apprezzabili intenzioni iniziali, l'ospedale si trasformò nel tempo in una struttura in cui confinare i soggetti che avrebbero creato problemi o semplice imbarazzo ai ceti più alti della società: la presenza di persone appartenenti a classi sociali basse e le conoscenze mediche ancora poco sviluppate resero possibile lo sviluppo di un modello per cui non era troppo importante guarire le persone malate ma piuttosto rinchiuderle ed evitare che potessero entrare in contatto con le classi abbienti. In altre parole, all'ospedale del tempo non fu richiesto di curare le persone per riportarle alla vita normale ma piuttosto di evitare che queste interagissero e potessero diffondere il proprio "morbo" anche ad altri. In questo modo la quantità di persone affette da differenti patologie e le condizioni igieniche carenti trasformarono i centri ospedalieri in luoghi malsani in cui il diffondersi di infezioni veniva considerata la normalità: ampi spazi simili a navate di chiese sprovviste di aperture idonee per un'adeguata ventilazione e illuminazione in cui i degenti venivano sistemati in letti spesso separati tra loro solo da tendaggi:

«I letti in origine erano disposti su predelle e coperti da baldacchini a somiglianza di piccoli troni. Corami arabescati e dorati interrompevano la nudità delle pareti, ravvivate alla sommità da un grande fregio pittorico, con rappresentazioni storiche. Il soffitto ligneo a rosone e intagli s'accordava bene nel conferire al luogo l'aspetto d'una reggia o d'un tempio.

Un grande organo in giorni e ore determinate diffondeva un'armonia pacata nell'ampia corsia [...]»².

Lo sviluppo medico e le grandi scoperte che caratterizzarono il XIX secolo si affiancarono a una lenta riorganizzazione delle strutture ospedaliere nel tentativo di migliorare le condizioni igienico sanitarie degli ambienti. Si ingrandirono le finestre e le aperture per facilitare l'ingresso di aria pulita e garantire una buona illuminazione naturale, si posizionarono i letti in modo da avere maggiore spazio, si suddivisero gli ammalati in aree simili a reparti a seconda della patologia di cui

1 Vedi: Enciclopedia online Treccani, URL <http://www.treccani.it/vocabolario/ospedale/> (Ultima consultazione 05/11/2017).

2 Descrizione della particolare atmosfera che caratterizzava gli interni della Corsia Sistina, navata principale dell'Ospedale Santo Spirito di Roma, uno dei primi ospedali europei ricostruito, ad opera di Sisto V, nella seconda metà del 1400. Vedi: Enciclopedia online Treccani, URL http://www.treccani.it/enciclopedia/ospedale_%28Enciclopedia-Italiana%29/ (Ultima consultazione 05/11/2017).



IMMAGINE 2

Vista della corsia Sistina nel dipinto di Pierre Subleyras, "San Camillo de Lellis mette in salvo gli ammalati dell'Ospedale Santo Spirito durante l'inondazione del Tevere del 1598", 1746.

erano affetti, si propose così un nuovo modello di assistenza. Si optò, quindi, per l'ospedale a padiglione, una tipologia architettonica che rappresentò il modello per la realizzazione dei nuovi impianti. Infatti l'ospedale stava lentamente modificando la propria struttura passando dall'essere il luogo dell'accoglienza di bisognosi a organizzazione medica finalizzata alla cura di diverse patologie.

L'hôpital de Lariboisière, realizzato a Parigi nel 1854, fu uno dei primi esempi di ospedale a padiglione realizzato. È interessante soffermarsi sulla data di realizzazione del complesso. Nonostante le teorizzazioni ottocentesche in merito alla necessità di dotarsi di Ospedali che potessero ricoprire un ruolo di riferimento per il trattamento medico di differenti patologie, solo alla metà del XIX secolo si costruì il primo grande ospedale. Certamente la tipologia a padiglione rimase il modello di riferimento per lungo tempo, ma va in questa sede sottolineata la difficoltà con cui le trasformazioni dell'architettura sanitaria, anche in tempi ormai lontani, vennero accettate dalla società e dagli addetti ai lavori solo dopo molti anni. L'inadeguatezza di alcune architetture sanitarie dimostrava le difficoltà incontrate dalla parallela ricerca architettonica in campo sanitario rispetto alla velocità di avanzamento delle tecnologie mediche.

Lo studio dell'evoluzione delle caratteristiche architettoniche dell'ospedale in relazione al mutamento sociale che ha caratterizzato i secoli scorsi risulta

fondamentale per affrontare le nuove sfide proprie della sanità dei prossimi anni. Grazie anche allo sviluppo della Psicologia Ambientale³, la ricerca coinvolge il campo architettonico e non si limita a individuare le dimensioni ottimali e la migliore organizzazione dello spazio, la scelta delle caratteristiche interne degli edifici (colore e illuminazione) e la posizione degli elementi, ma si sofferma ad «[...] osservare e studiare con sistematicità gli spazi e ambienti di vita quotidiana nei quali e tramite i quali sempre avvengono le azioni ed esperienze umane [...]»⁴.

Vengono inseriti nello studio, quindi, tutti quei processi inclusivi che portano l'uomo all'interno della progettazione architettonica trasformandola in progettazione sociale. Un passo fondamentale è stato quello di considerare la soddisfazione degli utenti nei confronti dei contesti ospedalieri e la qualità percepita dagli utenti non solamente uno dei requisiti tecnico funzionali ma sintomi e segnali che esprimono il grado di umanizzazione degli spazi.

In campo sanitario quindi, la parola umanizzare sviluppa il proprio significato secondo vari punti di vista che tengono conto dell'aspetto relazionale del rapporto operatore-utente, dei protocolli di cura e delle implicazioni psicofisiche che regolano la sperimentazione dell'ambiente da parte dell'uomo, destinatario ultimo di ogni attività e processo umanizzato e/o umanizzante. L'umanizzazione riguarda quindi la disciplina medica così come la disciplina architettonica e, nell'ottica di implementare il livello di umanizzazione del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), è necessario considerare entrambi i campi interrogandosi sui possibili obiettivi comuni.

3 La Psicologia Ambientale nasce con l'obiettivo di coordinare e approfondire le relazioni che legano nello specifico l'uomo e l'ambiente in cui vive. La consapevolezza che Uomo e Spazio – sia esso naturale o antropico – siano in continua relazione è una costante nello studio della teoria e nella pratica architettonica. Si progetta per gli uomini, si definiscono funzioni, forme e proporzioni sempre in relazione alle esigenze dei futuri utenti di quei luoghi. Si cerca di migliorare le condizioni di vita delle persone e rendere più vivibili le città, i quartieri, le abitazioni e gli edifici in generale, sviluppando e applicando alla Progettazione Architettonica le teorie che definiscono il campo della Psicologia Ambientale e, in particolare, della Psicologia Architettonica. L'architettura, del resto, discende dall'innato bisogno di riparo e protezione dell'uomo, dal suo vivere intimo e complesso e, fin dalle origini, abitare lo spazio ha significato porre un limite tra un interno ed un esterno, un ambiente privato che protegge, che crea un'identità, un'intimità, e sottolinea la netta distinzione tra natura e spazio costruito. Si è iniziato a fare architettura quindi prevalentemente per necessità. Successivamente, le riflessioni sulla composizione dell'architettura hanno contribuito a migliorare la vivibilità degli ambienti, ad accrescere le possibilità esplorative degli spazi e a mettere a sistema i bisogni molteplici degli individui e delle comunità, traducendoli in sempre nuove possibilità esperienziali definite oggi da un campo psicologico disciplinare specifico.

Le prime ricerche risalgono agli anni '60 quando, principalmente nel nord America, Francia e Gran Bretagna, iniziarono i primi studi sulla *Environmental Psychology*. Pionieri del campo furono sicuramente gli Psicologi sociali W. Ittelson e H. Proshansky che per primi intuirono l'importanza di analizzare gli spazi della vita in relazione agli effetti che questi potevano avere sull'uomo e sui suoi comportamenti cercando di raggiungere l'obiettivo di promuovere una nuova tipologia di architettura più attenta alle esigenze psico-fisiche degli individui. Temi così apparentemente distanti come architettura e psicologia furono così associate in uno studio complesso che non solo avrebbe aiutato gli architetti a progettare edifici capaci di rispondere alle esigenze psicologiche dell'utenza, ma avrebbe indicato la strada da percorrere nella progettazione di funzioni che fino ad allora erano state regolate principalmente dalle singole intuizioni di progettisti che da sempre affrontano temi affini agli studi delle scienze sociali. Le prime sperimentazioni riguardarono principalmente la definizione di nuovi spazi di cura per il disagio mentale e la particolarità della funzione insieme alla varietà di utenti a cui tali edifici erano destinati (pazienti, operatori, visitatori) spinse i progettisti a ricercare soluzioni specifiche che potessero influire positivamente sui processi psicologici degli individui a vario titolo coinvolti.

4 M. Bonnes, F. Fornara, M. Bonaiuto, *Psicologia ambientale e architettura per la progettazione dei luoghi di cura*, EdA Esempi di Architettura, 2008.

Con il “Patto Per La Salute 2014/2016”⁵, ovvero il provvedimento di accordo «*finanziario e programmatico tra il Governo e le Regioni, di valenza triennale, in merito alla spesa e alla programmazione del Servizio Sanitario Nazionale, finalizzato a migliorare la qualità dei servizi, a promuovere l’appropriatezza delle prestazioni e a garantire l’unitarietà del sistema*», insieme a soluzioni finanziarie per l’aumento del budget a disposizione del SSN, alla lotta contro le inefficienze e ad altri punti fondamentali per il raggiungimento di un sistema sanitario efficiente e sostenibile, l’umanizzazione riscatta il proprio ruolo fondamentale di obiettivo e prescrizione imprescindibile. Viene ribadita la centralità dell’utente e ufficializzato il passaggio dall’approccio “bio-medicale” a quello “bio-psico-sociale”⁶ in cui l’uomo torna a essere il fulcro dell’attività medica, sia per quanto riguarda la gestione e l’operatività del personale, sia per quanto concerne la qualità dell’ambiente in cui le cure vengono espletate. In altre parole, si assiste a una vera e propria “rivoluzione etica”⁷ che finalmente riconosce all’uomo dei diritti e un ruolo attivo nel percorso terapeutico. Tale importante traguardo giunge in un momento storico in cui la ricerca scientifica in campo sanitario procede a una velocità nettamente superiore rispetto alla capacità delle amministrazioni di applicare le relative evidenze scientifiche in campo architettonico dando luogo a una condizione di inadeguatezza cronica della maggioranza delle strutture pubbliche presenti sul territorio nazionale che denunciano così l’enorme divario esistente tra teoria e pratica costruttiva.

In tempi recenti, le ricerche orientate all’approfondimento delle tematiche relative ai processi di umanizzazione delle architetture mediche sono in progressivo aumento anche in territorio italiano definendo un campo di ricerca con ampie prospettive di crescita interdisciplinari. Le maggiori università italiane guidano il lavoro di ricerca attraverso convegni e cluster dedicati inseriti all’interno delle strutture accademiche; è necessario citare il lavoro del Centro di Ricerca Interuniversitario Tesis (Sistemi e Tecnologie per le Strutture Sanitarie e Sociali) che vede coinvolte le università di Firenze, La Sapienza di Roma e il Politecnico di Torino e che prosegue gli studi dell’ex Direttore del Centro Romano Del Nord, il Cluster in *Design of health facilities* del Politecnico di Milano diretto dal Prof. Stefano Capolongo, o gli studi del Prof. Ferdinando Fornara dell’Università di Cagliari in collaborazione con i Prof. Marino Buonaiuto e Prof.ssa Mirilia Bonnes del Centro Interuniversitario di Ricerca in Psicologia Ambientale (CIRPA) dell’Università La Sapienza di Roma o ancora, le ricerche dell’Università di Sassari incentrate sulla progettazione *human centered*. Questi organismi di ricerca accademica svolgono un’attività insostituibile di sviluppo teorico e pratico che sovente trova la sua massima espressione in collaborazioni dirette con istituzioni scientifiche che richiedono specifiche professionalità e competenze in materia di progettazione sanitaria (Vedi: Ospedale Meyer di Firenze, pag. 86).

Nel 2013, a seguito di un importante convegno tenutosi nella città di Alghero, dal

5 Patto per la Salute 2014/2016, URL http://www.statoregioni.it/Documenti/DOC_044351_82%20CSR%20PUNTO%20%2016%20ODG.pdf – (Ultima consultazione 24/04/2018).

6 R. Del Nord, G. Peretti, *L’umanizzazione degli spazi di cura. Linee guida*, Esiti della ricerca condotta dal Ministero della Salute in convenzione con il Centro Interuniversitari di ricerca TESIS e il Politecnico di Torino, 2012, pag. 15.

7 M. Mauri, *Il futuro dell’ospedale e delle strutture del SSN*, in *TECHNE Journal of Technology for Architecture and Environment, Architetture per la salute e la formazione*, Firenze University Press, 2015, pag. 27.

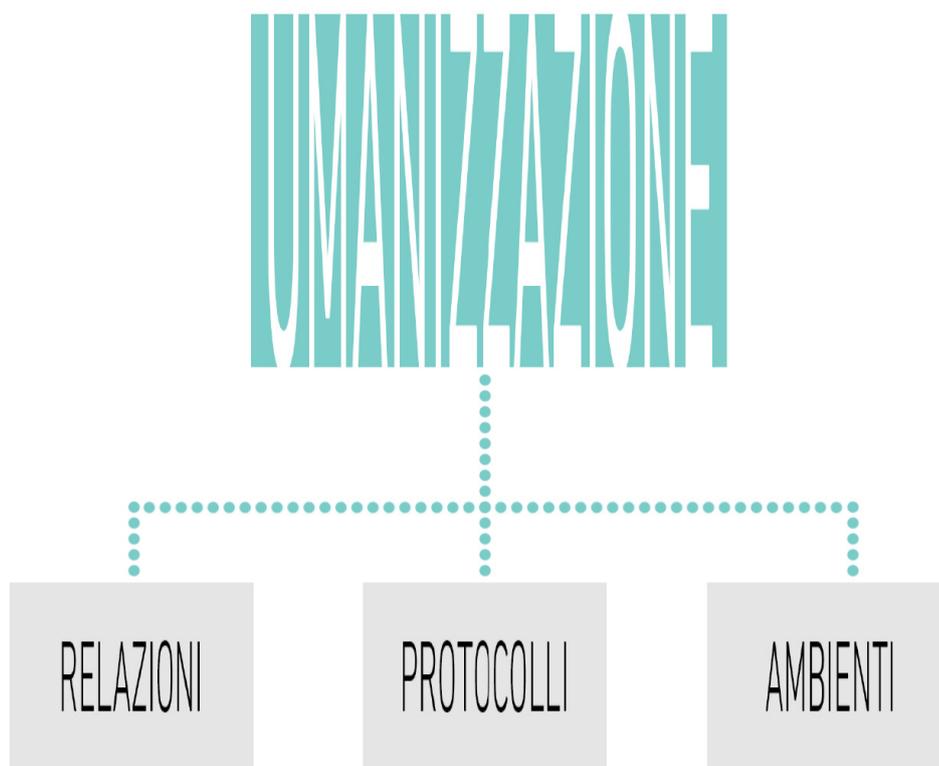
titolo "I colori dell'umanizzazione", la comunità scientifica si interrogava su quale fosse il vero significato del termine "umanizzare" cercando di raccogliere una serie di approfondimenti multidisciplinari orientati a definire il complesso insieme di elementi che intervengono nel processo che ha come obiettivo ultimo quello di umanizzare un'architettura, «il cui raggiungimento-ottenimento non è solo una questione di sensibilità, sapienza o tecnica, è tutto insieme»⁸.

«Il tema dell'umanizzazione si presta così a svariati fraintendimenti e spesso a interpretazioni parziali o, peggio, di superficie essendo ovvio che una teoria non possa evolversi ed approfondirsi in assenza di una sperimentazione diffusa sul reale e senza le necessarie opportunità di scambio e analisi critica delle esperienze in corso»⁹.

Ne consegue l'estrema difficoltà di definire una metodologia trasferibile, un sistema di linee guida che possano fungere da presupposto assoluto per il processo di umanizzazione ma, come precedentemente affermato, è possibile identificare tre macro-aree da esaminare, ovvero: le relazioni, i protocolli, gli ambienti, tre categorie interconnesse e non isolabili. Tuttavia, la ricerca si è concentrata sulla categoria degli ambienti e delle relazioni poiché ritenuti i fattori costituenti dell'architettura. I protocolli medici rappresentano quindi, in questa analisi, un insieme di regole implicite che governano le attività sanitarie dettate dalla conoscenza medico-scientifica e di conseguenza trattate come nozioni imprescindibili e non opinabili in questa sede.

8 A. Monsù Scolaro, G. Vannetti, *op. cit.*, pag. 87.

9 *Ivi*, pag. 10.



2.3 NUOVI MODELLI DI RIFERIMENTO: DAL DECALOGO PIANO-VERONESI ALL'*HOSPITAL 21*

Se la salute ha rappresentato una ricchezza da salvaguardare per le società di ogni tempo, è attraverso l'immagine e l'organizzazione delle strutture sanitarie che essa ha espresso il percorso intrapreso dal progresso scientifico e tecnologico in campo medico. Sebbene sia evidentemente complesso immaginare di ricostruire la storia delle strutture destinate alla cura delle persone, risulta necessario definire cosa oggi si intende per architettura sanitaria. Essa racchiude al suo interno tutto il molteplice sistema dell'edilizia per una sanità contemporanea organizzata, sulla base delle tipologie di attività svolte, in servizi sanitari ad altissima, alta e media complessità, servizi socio sanitari a media o bassa complessità, servizi socio-assistenziali e servizi sociali per categorie a rischio di bassa complessità. Data l'estrema variabilità delle strutture dedicate e l'eterogeneità dei bisogni di ogni singolo individuo, si sono nel tempo susseguiti numerosi approfondimenti specifici, destinati a particolari categorie di utenti, espressi attraverso le numerose tipologie architettoniche di riferimento. È necessario sottolineare il lavoro svolto da numerosi studiosi circa la definizione di ambienti protesici per malati di Alzheimer, o gli studi rivolti alla progettazione di spazi facilmente fruibili dai bambini con autismo, o ancora le sperimentazioni diffuse sulla possibilità di alleviare la sofferenza dei più piccoli durante il ricovero ospedaliero. Tuttavia, occorre precisare che, oltre alle precedentemente descritte categorie di utenti caratterizzate da difficoltà cognitive o da uno stato di particolare fragilità psicologica, sono anche e soprattutto gli utenti affetti da patologie acute e/o generiche a utilizzare le diverse tipologie di strutture ospedaliere e, di conseguenza, a necessitare di luoghi accoglienti rispondenti a specifici requisiti. L'inadeguatezza manifesta dell'edilizia sanitaria italiana, dovuta principalmente alla presenza di un numero elevato di strutture vetuste e non in linea con i livelli di efficienza oggi richiesti, ha portato, nell'anno 2000, una Commissione Ministeriale di studio guidata dall'allora Ministro della Salute Umberto Veronesi, in collaborazione con Renzo Piano, alla definizione del "Nuovo Modello di Ospedale".

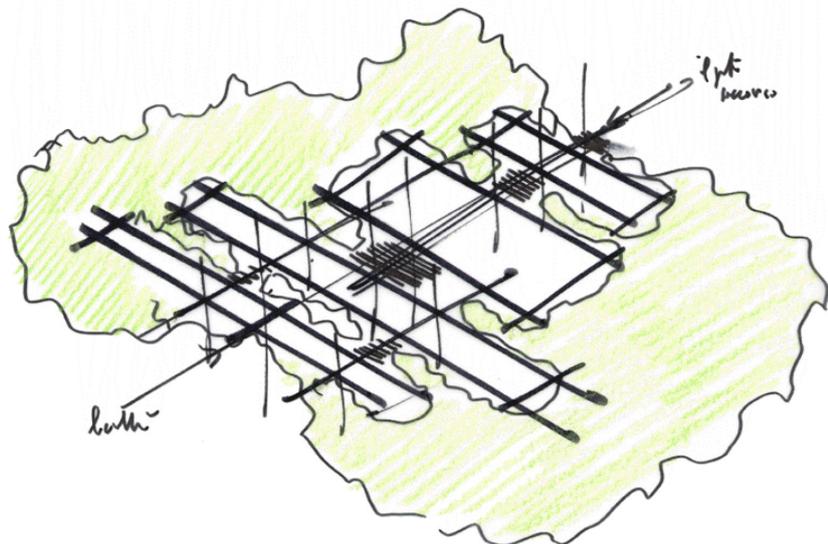


IMMAGINE 3

Modello progettuale Piano-Veronesi, 2000. Schizzo di Renzo Piano relativo al tipo di sistema organizzativo delle funzioni interne al nuovo modello di ospedale.

La proposta si articola in due approfondimenti principali: da un lato il punto di vista teorico, che evidenzia il necessario ripensamento delle architetture sanitarie secondo una prospettiva innovativa chiamata a soddisfare i requisiti di oggi nettamente più complessi rispetto al passato, dall'altro, le linee guida operative, basate sui nuovi principi dell'architettura sanitaria ed esposte attraverso elaborati metaprogettuali concernenti la configurazione di un ospedale moderno. I 10 principi informativi, che definiscono le basi del documento, sono stati quindi tradotti in un metaprogetto fortemente ancorato alle nuove urgenze di una struttura sanitaria: oltre agli aspetti scientifici e tecnologico-gestionali legati alla "Ricerca e alla Formazione, all'Organizzazione, all'Affidabilità, all'Innovazione e all'Interazione", ai fini della disamina risultano interessanti i principi dell'"Appropriatezza, della Socialità, dell'Urbanità e dell'Umanizzazione". Tali indicazioni riguardano l'aspetto architettonico e urbano della tematica delineando i temi principali da affrontare in fase di progettazione:

- l'APPROPRIATEZZA, intesa come qualità necessaria di un luogo che non sovrasti l'uomo in dimensioni e/o contenuto tecnologico ma lo affianchi assicurando assistenza e, allo stesso tempo, ospitalità;
- la SOCIALITÀ, considerata caratteristica fondamentale di un'architettura che miri ad integrarsi nel tessuto urbano e nella comunità a cui appartiene promuovendo anche attraverso l'immagine pubblica comportamenti sani e abitudini virtuose;
- l'URBANITÀ, ritenuta condizione prioritaria affinché una struttura sanitaria possa assumere il ruolo di riferimento per la salute della popolazione;
- l'UMANIZZAZIONE, come processo mirato al raggiungimento del benessere psicofisico dell'utenza e requisito fondamentale di una struttura che punti a diventare il simbolo e l'immagine pubblica di un servizio sanitario. In questo ultimo caso va sottolineata l'importanza dei processi di umanizzazione come sequenza di fasi in cui l'equipe multidisciplinare mette in campo le proprie competenze per assicurare la giusta privacy e comfort all'utenza attraverso un'articolazione spaziale complessa da non confondere con le frequenti attività di "*maquillage* interno".

A diciannove anni di distanza, il tentativo della Commissione Ministeriale presieduta da Veronesi risulta essere ancora un valido riferimento per reinterpretare le linee guida dell'architettura ospedaliera in ragione del profondo mutamento delle esigenze che oggi contemplano, oltre all'efficienza del servizio medico, anche una particolare attenzione alla sfera psicologica e sociale dell'utenza. La proposta può essere interpretata come l'avvio di un importante processo ancora in atto se si considera che la necessità di migliorare e rendere adeguate agli standard attuali architetture datate e spesso in condizioni di degrado si scontra con una disponibilità di finanziamenti statali sempre più ridotta. Questa criticità ha determinato l'attuale crescente attenzione delle istituzioni italiane ed europee nei confronti di tali temi tenendo in considerazione anche l'importanza strategica che rivestono nei processi di prevenzione e nella percezione della qualità di vita.

Durante la recente "Settimana della Salute", svoltasi a Parigi dal 29 al 30 Maggio 2018, un intero settore espositivo è stato riservato alla presentazione di *best-practices* internazionali riguardanti l'architettura della salute, con particolare attenzione rivolta alle strutture ospedaliere. Nel tentativo di integrare gli

aspetti medico scientifici con quelli tecnologici, organizzativi ed architettonici, ritengo che *Les Village des Architectes*, spazio dedicato del congresso parigino, abbia definitivamente riconosciuto all'architettura un ruolo primario tale da essere inserita nel più importante evento sulla sanità francese. Occuparsi in parallelo di temi architettonici e medico-scientifici oltre ad offrire la possibilità di interazione tra figure professionali profondamente differenti ma operanti nella stessa direzione, ha probabilmente segnato definitivamente la traiettoria futura: l'architettura non può essere considerata lo sfondo di una sanità dominata dal rigoroso modello medico-scientifico ma essa può, e deve, contribuire attivamente al processo terapeutico inserendosi nel complesso sistema che guida i servizi sanitari contemporanei, inevitabilmente trasformati dal progresso tecnologico che ne ha modificato i contorni e reso inefficace ogni ricorso a modelli predefiniti.

Lo stesso Renzo Piano, attraverso il nuovo progetto dell'Hospice pediatrico di bologna, dimostra come sia impossibile ricorrere a un layout prestabilito quando la funzione dell'architettura si fa complessa e portatrice di sentire così intimo, difficile anche da raccontare. Il progetto, attualmente in fase di costruzione, rappresenta un importante esempio di architettura a servizio dell'uomo il cui obiettivo principale è quello di dare sollievo, migliorare la condizione emotiva di chi lo vive tramite un insieme di corpi sollevati da terra e immersi in un bosco.

IMMAGINE 4

Renzo Piano Building Workshop, Hospice pediatrico, Bologna, (in corso di realizzazione). Plastico di studio.



IMMAGINE 5

Renzo Piano Building Workshop, Hospice pediatrico, Bologna, (in corso di realizzazione). Render di progetto.



Questa scelta figurativa trova le sue radici nelle intenzioni dei committenti e del progettista stesso:

«La primissima idea progettuale è stata quella di un edificio che si sollevasse dal terreno per abitare, idealmente, uno spazio leggero e luminoso, con gli occhi dei piccoli residenti all'altezza della chioma degli alberi. L'idea di sollevare ha la stessa radice della parola sollievo: togliere peso al dolore; in fondo è proprio questa la ragione e la forza di umana pietas che sta dentro l'idea di un hospice: alleviare il dolore di chi vi abita. E vivere tra gli alberi rimanda ai giochi e ai sogni dei bambini, alle case sugli alberi e alla loro potente idea di libertà creativa e profondamente legata al mondo naturale»¹.

Il centro si compone di 4 edifici secondari che si agganciano, attraverso delle passerelle poste in quota, al corpo centrale più grande. Due di questi saranno destinati alle residenze per i piccoli ospitati e le loro famiglie con accesso diretto anche dal grande spazio verde circostante mentre, gli altri 2 saranno destinate a ospitare i luoghi dedicati alla meditazione e ai momenti più difficili dell'addio.

Il piano delle funzioni principali dell'edificio si attesta quindi a una quota di 8 metri superiore a quella del terreno e ruota intorno a una grande corte centrale che permette ai visitatori di avere sempre una visione diretta dello spazio esterno; il piano terra, opportunamente arretrato rispetto al perimetro dell'edificio al fine di ottenere la massima integrazione paesaggistica, ospita invece, gli accessi principali e gli spazi di accoglienza e le connessioni ai piani superiori. Ampie vetrate rivestono le facciate delle strutture e dei camminamenti, realizzati con cemento e acciaio, e tradiscono la volontà di Piano di creare un ambiente luminoso, a diretto contatto con la natura e con il mondo esterno, un luogo in cui i piccoli possano vivere serenamente con le loro famiglie in un ambiente che allevi il loro dolore e le loro paure attraverso tutti gli strumenti di cui l'architettura può avvalersi.

1 Il 27 giugno 2017, in occasione della presentazione pubblica del progetto per l'hospice pediatrico di Bologna presso l'Università di Bologna, Renzo Piano ha raccontato quelle che sono state le riflessioni iniziali e le motivazioni che lo hanno guidato nella progettazione della nuova struttura terapeutica promossa dalla La Fondazione Hospice MariaTeresa Chiantore Seràgnoli Onlus. Il 18 aprile 2019 sono iniziati i lavori per la costruzione del complesso e si ritiene che i locali saranno completati e messi in servizio entro il 2021. Per approfondire: <https://ilgiornaledellarchitettura.com/web/2017/06/30/architettura-terapeutica-renzo-piano-e-lhospice-pediatrico-della-fondazione-seragnoli/> (Ultima consultazione 02/07/2019).

IMMAGINE 6

Renzo Piano Building Workshop, Hospice pediatrico, Bologna, (in corso di realizzazione). Pianta del piano rialzato.





IMMAGINE 7,8
Il 'Villaggio degli architetti' alla Paris Healthcare week, 2018.



APPENDICE AL CAPITOLO 2

HOSPITAL 21

BREATHING NEW LIFE IN THE 21 CENTURY HOSPITAL

La tre giorni parigina incentrata sui cambiamenti in atto nel mondo della sanità e degli organismi ospedalieri, ha ospitato uno specifico settore dedicato alla ricerca architettonica e tecnologica che sta radicalmente modificando l'immagine e il senso delle strutture di cura. L'incontro, promosso dalla *UIA-PHG (Unione Internazionale degli Architetti – Public Health Group)*¹, ha permesso ai molteplici professionisti del settore sanitario (medici, Amministratori, architetti e operatori sanitari) di confrontarsi secondo un approccio olistico, capace di attivare proficue collaborazioni e un reciproco scambio di saperi; un'occasione di crescita rappresentata attraverso uno straordinario patchwork di esperienze, progetti, realtà e sogni provenienti da ogni parte del mondo.

Accanto alla preponderante presenza di professionisti francesi (ai quali è stata dedicata una sessione specifica durante la prima giornata di lavori), si sono alternati studi e gruppi di ricerca europei (provenienti da Germania, Olanda, Danimarca, Svizzera, Regno Unito e Italia), professionisti operanti nella realtà Americana e Australiana, paesi in forte sviluppo come Hong Kong e il Giappone, o altri ancora, caratterizzati da condizioni economico sociali difficoltose ma capaci di riflettere sul tema della salute con un punto di vista assolutamente atipico come la Tunisia, La Costa d'Avorio e il Venezuela. Una realtà eterogenea che, tuttavia, ha sottolineato come la "Salute", in ogni sua interpretazione, sia un tema di primaria importanza a prescindere dalla situazione culturale, sociale ed economica di un paese.

Le distanze e le differenti visioni di ogni *speaker* hanno rappresentato meglio di ogni descrizione le molteplici possibili vie da percorrere per migliorare le condizioni attuali di sistemi sanitari che, spesso, si trovano a dover combattere contro un'instabilità economica che mette a rischio lo stesso diritto alla salute.

¹ L'UIA - PHG (Unione Internazionale degli Architetti – *Public Health group*) è un organismo di lavoro dell'Unione internazionale degli architetti, «un'organizzazione internazionale non governativa per unire architetti di tutte le nazioni del mondo, indipendentemente dalla nazionalità, dalla razza, dalla religione o dalla scuola di pensiero dell'architettura, all'interno delle federazioni delle loro associazioni nazionali». Fondata nel 1955, il PHG rappresenta professionisti che condividono la missione di migliorare le condizioni di tutti coloro che si occupano di assistenza sanitaria attraverso un corretta progettazione degli organismi architettonici. Per raggiungere questo obiettivo il gruppo di ricerca PHG si occupa dell'organizzazione di congressi, seminari e del finanziamento di lavori scientifici che mirano ad accrescere e divulgare le conoscenze e le consapevolezze sull'importanza di una buona architettura come sfondo attivo di specifici percorsi terapeutici. Per approfondire: URL <https://www.uia-phg.org> – (Ultima consultazione 30/05/2018).

Dall'ampia offerta scientifica e culturale presentata dai professionisti partecipanti, sono emerse le seguenti principali linee di ricerca:

- la flessibilità e la modularità della progettazione architettonica come strumenti per ottimizzare lo spazio e migliorare le *performance* sanitarie ed economiche delle strutture ospedaliere;
- l'integrazione degli spazi di cura con verde e servizi pubblici per migliorare le condizioni di comfort dell'utenza e facilitare i percorsi terapeutici;
- la psicologia ambientale come supporto per la progettazione attraverso la *pre-occupancy* e *post-occupancy evaluation*;
- la tecnologia informatica a servizio delle strutture sanitarie (gestione dei flussi e dei processi organizzativi);
- la città come risorsa per il buon funzionamento di un organismo ospedaliero (integrazione e permeabilità con il tessuto urbano);
- il recupero e la conservazione, l'ampliamento e la ri-funzionalizzazione dei complessi ospedalieri storici.

Il progetto *Open Building*, sviluppato dal gruppo di ricerca del Politecnico di Milano, ha introdotto una riflessione circa la velocità di obsolescenza degli edifici sanitari e sul possibile approccio progettuale teso a mitigare tale criticità. Il sistema *Open Building* rappresenta un nuovo modello basato sull'utilizzo delle tecnologie costruttive prefabbricate che possano ridefinire il loro assetto spaziale contemporaneamente al veloce avanzamento della scienza medica. Design, prefabbricazione, modularità, qualità e flessibilità rappresentano i caratteri indispensabili della nuova architettura sanitaria per rispondere alle richieste di una società costantemente in evoluzione. La proposta del gruppo di ricerca è *Open Building*, un sistema prefabbricato destinato a rispondere alle diverse richieste di ospedali e strutture mediche attraverso la "semplice" sostituzione di elementi (pannelli, elementi impiantistici, ecc.) opportunamente progettati per assolvere ad una specifica funzione. Un sistema innovativo basato su una flessibilità costruttiva e compositiva che determina un avanzamento importante nella realtà sanitaria di un paese come l'Italia in cui la maggioranza delle istituzioni di cura si trova radicata in architetture statiche e scoraggianti progettate e realizzate secondo standard vecchi di quasi un secolo e con un ritardo rispetto all'avanzamento tecnologico e costruttivo dell'epoca che spesso rende quasi impossibile un loro aggiornamento spaziale e funzionale.

Il tentativo del progetto *Open building* non è solo quello di garantire un'efficienza massima delle prestazioni mediche attraverso spazi e strutture che possono modificare la loro configurazione in base al mutare delle esigenze, ma si pongono un obiettivo assai più ambizioso, ovvero quello di non rimanere ancorati e limitati da un'architettura ormai inadeguata ai tempi anche e soprattutto in relazione alle visioni che la sanità ci mostra di un futuro prossimo. Ma questo obiettivo non viaggia in solitaria. Come esplicitato nel progetto, «*Una delle sfide più importanti che l'architettura per la salute si trova ad affrontare è quella di dover essere resiliente agli aspetti economici, sociali e sanitari, oltre che quella di garantire che i servizi e le attività in generale soddisfino le esigenze legate alla rapida evoluzione e alle peculiarità della gestione e organizzazione di un ospedale. La flessibilità è [...]», quindi, «[...] la capacità di una struttura di cambiare le sue funzioni e la sua organizzazione*

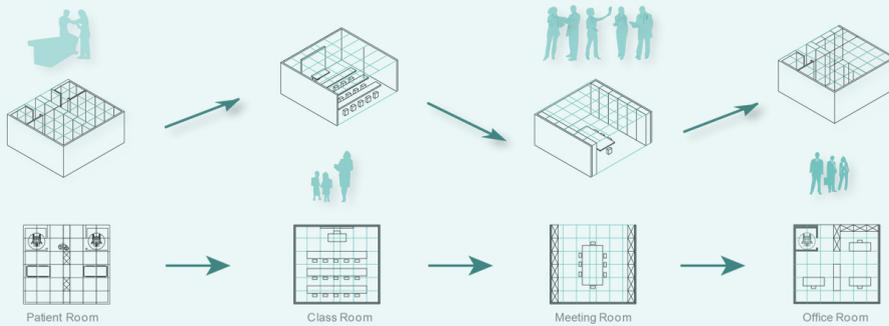
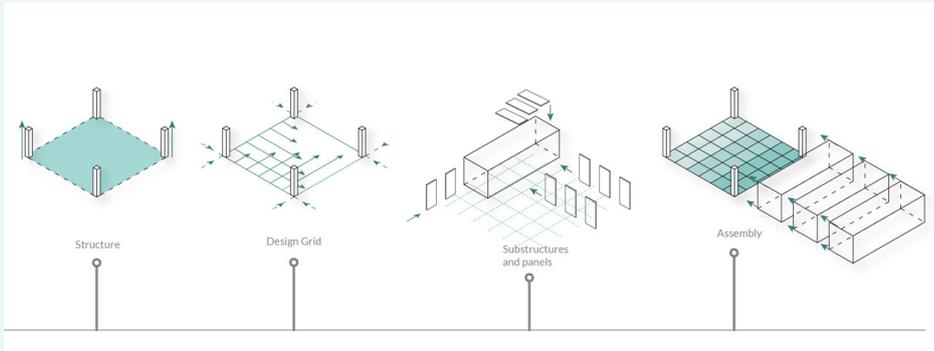


IMMAGINE 9

S. Capolongo, A. Brambilla, Alta Scuola Politecnica, "OPEN BUILDING: Open Building for Future Healthcare Environments". Schemi presentati alla *Paris Healthcare Week 2018*.



a breve, medio o lungo termine, sulla base del contenimento dei costi e dei bisogni dell'utenza». Appare chiaro come la progettazione come processo individuale non possa isolarsi e tentare di accogliere le istanze della complessa realtà ospedaliera contemporanea ma debba necessariamente integrarsi ad ulteriori processi di gestione, programmazione economica e assistenziale che convergono verso l'obiettivo comune di migliorare l'efficienza e la qualità di una struttura ospedaliera. Dal punto di vista progettuale il sistema si articola in diversi *step* che costituiscono differenti fasi costruttive. Il sistema *Open building* si basa infatti sulla successione di livelli di attività che comprendono la costruzione del modulo base, la costruzione in sito del sistema strutturale di base, il trasporto, l'assemblaggio e l'inserimento dei moduli previsti nel sistema strutturale di base e la definizione delle varie funzioni attraverso la differente organizzazione degli impianti e degli elementi di finitura. Il sistema, lineare e estremamente adattabile ad ogni richiesta rappresenta un esempio di come la prefabbricazione possa intervenire a favore di alcuni specifiche criticità riducendo i tempi di costruzione, limitando i rischi di cantiere attraverso la programmazione della maggioranza delle attività di costruzione previste in cantiere e un contenimento dei costi di costruzione e di manutenzione o ri-funionalizzazione. Un approccio rivolto al futuro ma radicato alle emergenze contemporanee di una sanità che si evolve indipendentemente dalla tipologia degli spazi che ospitano le sue funzioni.

Un atteggiamento simile riguarda gli studi relativi alla problematica integrazione delle strutture ospedaliere ad un nuovo contesto urbano. Un aspetto indagato da differenti ricerche che accumulano studi europei e internazionali e dimostra l'attuale bisogno delle amministrazioni e delle città di riadattare il contesto cittadino integrandolo di una nuova tipologia di servizi a rete e puntuali che possano coesistere e "collaborare" con lo spazio costruito. Tra i temi affrontati, particolarmente interessanti sono state le riflessioni dell'Arch. René-Henri Arnaud, partner del gruppo *ArchitectureStudio*, il quale ha sottolineato come, a fronte di una tendenza alla "democratizzazione" della qualità delle cure e delle strutture afferenti al campo sanitario, risulti oggi necessario comprendere se e in quale modo tali sistemi debbano rispondere alla domanda di contestualizzazione dell'architettura. Infatti, la crescente standardizzazione delle cure e degli ambienti

IMMAGINE 10

Architecture studio, Render di progetto del Centro ospedaliero universitario a Pointe-à-Pitre, Guadalupa (Francia). Completamento previsto - 2021



medici si scontra con le riflessioni presentate nelle pagine di apertura e relative al ruolo dell'ambiente nei percorsi di recupero e guarigione dell'utenza. La coerenza ambientale di un ospedale con la realtà socio culturale di un luogo risulta non solo utile ma necessaria in quanto fattore in grado di combattere una pericolosa nonché inefficace generalizzazione di spazi e architetture. Elementi come l'accessibilità, le relazioni tra spazi, le percorrenze e la circolazione interna, l'organizzazione interna in funzione con la medicina di servizio, non costituiscono elementi di cui poter definire l'assetto e la relativa conformazione in modo predeterminato. La loro specificità e importanza nel sistema ospedale impone ai progettisti una revisione, rigorosa e puntuale, capace di ottimizzare, di volta in volta, le soluzioni migliori per quel caso specifico, nonostante le criticità delle aziende sanitarie mondiali siano spesso le medesime.

L'Architetto Karla V. León M., professoressa alla *Central University* del Venezuela, ha illustrato infatti le maggiori difficoltà in campo sanitario di un paese tormentato da una crisi politica ed economica che non sembra arrestarsi. In una realtà politica così lontana da quella europea, l'inadeguatezza dei sistemi sanitari e l'obsolescenza delle architetture ospedaliere sembrano però individuare delle possibili linee di ricerca da poter sviluppare in condivisione e orientare verso una nuova concezione di ospedale come luogo integrato alla città e catalizzatore di idee, persone e funzioni. Questo concetto apre la strada agli studi più recenti circa "l'ospedale urbano", un organismo capace di ridefinire il ruolo dell'istituzione medica e aumentare il proprio potere di simbolo e supporto sociale.

L'ospedale del prossimo futuro dovrà quindi essere un'interfaccia funzionale



IMMAGINE 11

Studio archipelago, Leuven University Hospital (Belgio), in corso di completamento. Vista del Campus ospedaliero di Gasthuisberg.

IMMAGINI 12,13

Studio archipelago, Leuven University Hospital (Belgio), in corso di completamento. Viste degli spazi pubblici interni al complesso sanitario.





IMMAGINE 14

Studio archipelago, Maas & Kempen Hospital, Maaseik (Belgio), 2017. Vista dello spazio attrezzato esterno.

aperta alla città, vicina all'utenza di riferimento e il più possibile permeabile e diffusa su tutto il territorio urbano.

Il percorso verso la progressiva de-istituzionalizzazione dell'intero sistema salute passa infatti per lo sviluppo di una rete di luoghi in cui poter fruire dei servizi sanitari secondo un andamento progressivo e relativo alla tipologia di servizio richiesto. Questo processo non indica un passo indietro rispetto al ruolo primario dei centri medici per la società o rispetto all'avanzamento della scienza medica, ma introduce una nuova interpretazione dei sistemi sanitari come organismi in grado di operare efficacemente non solo come grandi poli specialistici (ospedali e centri di ricerca universitaria), ma anche secondo un sistema di organismi individuali, frammentati e inseriti all'interno di determinati brani di città.

Come affermato durante l'evento dagli architetti Nicolas Van Oost e Laurent Grisay del gruppo *Archipelago architects*, l'architettura sanitaria oggi comprende ospedali, "care hotels" o "care boulevards"², ovvero strutture di media e bassa intensità medica che si sono diffuse in seguito alle modifiche del concetto di salute e di malattia e che attualmente costituiscono la spina dorsale dei sistemi socio sanitari di molti paesi occidentali anche e soprattutto se si considerano i cambiamenti

² I termini *care hotel* e *care boulevard* individuano una tipologia di strutture diffuse soprattutto nel nord Europa in cui le funzioni mediche e sanitarie vengono combinate a servizi terziari e commerciali. Tali progetti infatti rappresentano un interessante avanzamento del concetto di residenza sanitaria e di struttura per l'assistenza medica suggerendo un nuovo modello di riferimento per molte realtà di assistenza che, attraverso una nuova configurazione spaziale, partecipano alla definizione di una rete di assistenza tra l'utenza, i servizi assistenziali e la città stessa.

demografici previsti nella popolazione dei paesi industrializzati³.

Ne deriva quindi una visione estesa delle architetture sanitarie il cui studio non può esaurirsi nella lettura degli organismi ospedalieri ma deve ampliare il proprio interesse verso nuove e molteplici forme di assistenza e, conseguentemente, in direzione di forme e spazi architettonici alternativi e capaci di aumentare il potenziale fisico e intellettuale delle persone.

3 Studi recentemente pubblicati dall'Ufficio statistico dell'Unione europea (Eurostat) mostrano l'andamento della popolazione europea e, più nello specifico, la sua struttura e gli effetti del progressivo invecchiamento della comunità degli stati membri. Il costante abbassamento del tasso di natalità e il progressivo aumento della speranza di vita porterà, nei decenni prossimi, verso un inesorabile aumento del numero e dei bisogni di una popolazione sempre più anziana e bisognosa di assistenza socio sanitaria. L'Italia insieme alla Germania, è il paese in cui il numero di persone di età pari o superiore ai 65 anni rispetto alla popolazione totale è il più alto d'Europa. Tuttavia, tale tendenza, rappresenta un processo comune a tutti i paesi dell'area europea e oltre a un invecchiamento generale comprende anche l'invecchiamento progressivo della stessa popolazione anziana dovuto al miglioramento delle condizioni generali di vita e ai progressi della medicina. Per approfondire: URL https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Population_structure_and_ageing/it#La_percentuale_di_anziani_C3.A8_in_continuo_aumento (Ultima consultazione 21/05/2019).

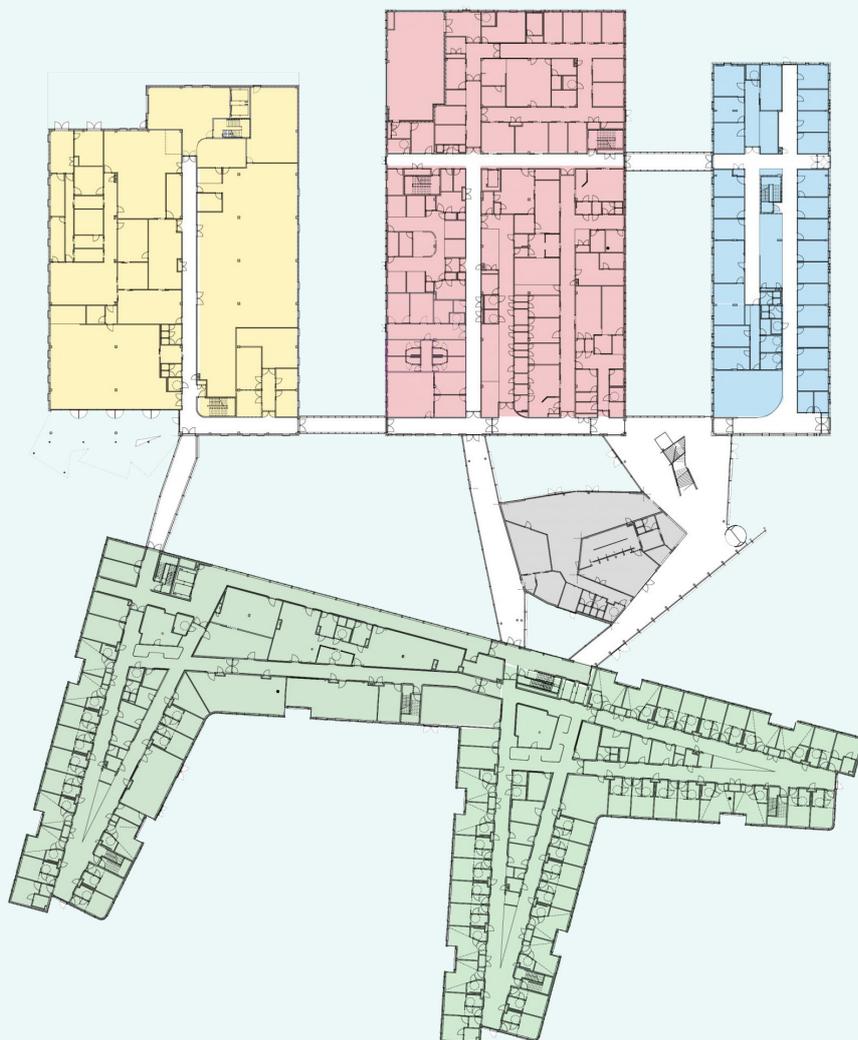


IMMAGINE 15
Studio archipelago, Maas & Kempen Hospital,
Maaseik (Belgio), 2017. Planimetria generale.

CAPITOLO 3

CAPITOLO 3

CONOSCERE ATTRAVERSO L'ESPERIENZA

3.1 LE ARCHITETTURE DI RIFERIMENTO

Le architetture di seguito descritte rappresentano alcune eccellenze riguardanti gli esiti architettonici e i percorsi progettuali di spazi terapeutici realizzati sulla base di precise utenze di riferimento. Attraverso il capitolo "Conoscere attraverso l'esperienza" si vuole sottolineare l'importanza del rapporto tra lo spazio e gli specifici gruppi di individui che ne usufruiscono attraverso i servizi offerti e ricercare, di conseguenza, punti comuni e strategie condivise. La quantità di patologie e bisogni individuali classificate dalla medicina moderna obbliga alla creazione di gruppi "omogenei" di utenti e, all'interno di tali gruppi si è scelto di concentrare la ricerca su alcune strutture che, secondo l'esperienza personalmente condotta, rappresentano la risposta del SSN alle maggiori criticità sociali e mediche dei nostri giorni – strutture in regime di ricovero per la cura degli utenti che presentano forme acute di malattia, strutture complesse destinate ai bambini e centri per malati di Alzheimer – individuate attraverso l'analisi della qualità percepita dagli utenti spesso caratterizzata da una sensazione diffusamente negativa relativamente agli spazi e ai servizi offerti.

GENERICITÀ O ADERENZA ALLA VITA - L'ospedale generico rappresenta, più di ogni altra struttura medica, l'immagine pubblica del servizio sanitario di una nazione. Le attività medico-scientifiche, le strutture, i processi di gestione, contribuiscono alla creazione di un organismo complesso che interviene direttamente nelle rigide impostazioni di una società sempre più esigente e consapevole, caratterizzata da una crescente insoddisfazione rispetto alle strutture e alle attività offerte dal SSN. Il continuo stato di sofferenza economica delle "Aziende Sanitarie" e una lenta quanto costante trasformazione delle funzionalità e degli obiettivi sono fattori che rendono necessario un aggiornamento dei principi guida di un modello

ospedaliero che si vuole oggi assimilare a una “casa della salute e del benessere” piuttosto che a una “industria della cura”, un’istituzione capace di valorizzare i rapporti tra prevenzione, salute e igiene ambientale. L’architettura contribuisce alla creazione di una “testimonianza visiva” della realtà medico-scientifica di un’organizzazione sanitaria e rappresenta oggi una delle maggiori lacune di un SSN costituito da strutture obsolete e inadeguate, luoghi in cui l’ambiente si rivela spesso un considerevole ostacolo per i processi terapeutici. Identificando lo spazio come un importante parametro da indagare al fine di approfondire la qualità delle architetture che ospitano i servizi sanitari, emerge un limitato numero di realizzazioni moderne e/o contemporanee a fronte di un resistente patrimonio costruito costituito da strutture e ambienti inadeguati, manchevoli e opprimenti, risultato dei fenomeni di degrado e obsolescenza che inevitabilmente si manifestano e si acuiscono con il passare degli anni¹. Nonostante gli sforzi istituzionali di diffondere modelli positivi in grado di promuovere salute anche attraverso le architetture riorganizzate secondo i nuovi requisiti di avanguardia, il mancato adeguamento degli ambienti e, più in generale dei luoghi dell’assistenza, rischia di vanificare una buona parte degli sforzi; una situazione complessa che riguarda adulti, anziani, persone con disabilità e soprattutto bambini.

LA QUESTIONE INFANZIA - La “Dichiarazione dei Diritti del Fanciullo”, Approvata il 20 novembre 1959 dall’Assemblea Generale delle Nazioni Unite e revisionata nel 1989, sostiene infatti che i bambini siano dei cittadini a tutti gli effetti fin dalla nascita e che essi non possono essere considerati dei “futuri cittadini” ma che il fanciullo, ovvero ogni individuo con età inferiore ai diciotto anni, «[...] a causa della sua immaturità fisica e intellettuale, ha bisogno di una particolare protezione e di cure

¹ I fenomeni di degrado ed obsolescenza scaturiscono da una interazione di fattori quali la vetustà del parco immobiliare, l’inefficace coordinamento delle attività edilizie, l’inadeguato supporto economico e la costante evoluzione imposta dalla normativa tecniche in ambito sanitario. Per approfondire: F. Terranova (a cura di), *Edilizia per la Sanità. Ospedali, presidi medici e ambulatoriali, strutture in regime residenziale*, UTET Scienze Tecniche, Torino, 2005, pag. 35.

IMMAGINE 1

Fuente de los niños, Pontevedra, Spagna





IMMAGINE 2

Tinker imagineers, Ospedale pediatrico Juliana Children. L'Aia, (Paesi Bassi), 2015.

Vista dell'atrio di ingresso.

Fonte: Tinker imagineers

URL: <https://www.tinker.nl/en/work/experience-juliana-childrens-hospital>

speciali compresa una adeguata protezione giuridica, sia prima che dopo la nascita»». Nel grande approfondimento sulla qualità della vita dei bambini nella città contemporanea, condotto da F. Tonucci² nell'ambito del progetto internazionale "La città delle bambine e dei bambini"³, gli studi hanno specificatamente dimostrato l'estrema importanza della libertà di movimento nell'ambiente per i bambini, soprattutto per coloro che appartengono alle fasce più basse di età. La ricerca sostiene che, nelle città, lo spazio sia stato monopolizzato dagli adulti per lo svolgimento delle attività lavorative lasciando scomparire i bambini dalle aree urbane pubbliche, confinandoli sempre più spesso in spazi chiusi destinati ad attività iper-programmate, scandite da orari inflessibili e spesso scelte in modo esclusivo dagli adulti di riferimento; in questo modo si è assistito a un generale peggioramento della qualità della vita e delle modalità di sviluppo dei bambini, ormai esposti a pericoli sempre maggiori quando non accompagnati da adulti. La lettura del contesto urbano contemporaneo può essere facilmente trasferita all'interno delle riflessioni riguardanti le architetture sanitarie pediatriche. In queste realtà, come in quella metropolitana, l'estrema tecnicizzazione dei

2 Francesco Tonucci, psicopedagogo e ricercatore al CNR, è l'ideatore e il responsabile del progetto "La città delle bambine e dei bambini", ha dedicato i propri studi ai bambini e al necessario riconoscimento dei principi contenuti nella Convenzione ONU sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza.

3 Il progetto "La città delle bambine e dei bambini" è un'iniziativa nata con l'intenzione di intervenire sulla politica urbana delle città proponendo, al posto dell'uomo adulto, i bambini come standard principale di riferimento. La ricerca intende frenare il "fenomeno degenerativo" delle città attraverso un modello basato sui bambini e sulle loro esigenze, dando ai più piccoli la possibilità di riprendersi lo spazio urbano e coinvolgerli al miglioramento delle condizioni delle città secondo logiche differenti. Per approfondire: F. Tonucci, *La città dei bambini. Un modo nuovo di pensare la città*, Edizioni Laterza, 2005; URL <https://www.lacittadeibambini.org/> (Ultima consultazione 10/08/2018).

protocolli medici ha condotto verso una forma di sanità codificata ed estranea a ogni tipo di reciprocità umana. In altre parole, l'ospedale è diventato un luogo dove ogni movimento, ogni percorso, ogni interazione viene definita da un preciso scopo, da una necessità specifica che intende trovare risposta nei servizi medici dedicati: lo spazio si è quindi trasformato in un tramite, un intermediario invisibile da cui non pretendere altro che la giusta strada "per", la modalità più veloce per raggiungere un obiettivo. Ma come sappiamo lo spazio può essere anche altro, luogo di incontro, spunto di riflessione, lo sfondo di molteplici esperienze di vita di adulti e bambini che, perché no, possono caratterizzare anche i momenti vissuti all'interno di una realtà ospedaliera.

L'ARCHITETTURA A SUPPORTO DELLE CAPACITÀ RESIDUE - In relazione a determinate patologie neurodegenerative, lo spazio può arrivare ad assumere una vera e propria valenza protesica: è il caso del morbo di Alzheimer, la malattia che colpisce il tessuto cerebrale dei pazienti affetti distruggendone intere porzioni in modo più o meno lento, progressivo e ritenuta tuttora inarrestabile. Secondo dati pubblicati dall'Osservatorio Nazionale sulle Demenze dell'Istituto Superiore della Sanità, nel contesto europeo l'Italia si posiziona al secondo posto per quanto riguarda il numero di anziani residenti (età pari o superiore ai 65 anni) e, di conseguenza, sarà interessata da una crescita evidente di malattie croniche e neurodegenerative tra la popolazione. Questo fenomeno aggrava le criticità economiche di un Sistema Socio Sanitario, come quello italiano, in costante difficoltà. Tuttavia, nonostante l'impossibilità di ricondurre la persona affetta da Alzheimer alla guarigione e i risultati poco confortanti sulla effettiva efficacia delle terapie, la ricerca medica ha sviluppato nel tempo delle strategie (farmacologiche e riabilitative) di contrasto, in grado di rallentare il progredire dei sintomi e consentire all'utente di vivere una vita dignitosa e, possibilmente, autonoma. All'interno del sistema dei possibili interventi di supporto, risorse importanti risultano essere anche quelle umane e relazionali, quelle tecnologiche e, non ultime, quelle ambientali. L'ambiente riveste infatti un ruolo di primaria importanza in quanto il disorientamento spaziale risulta essere una delle maggiori difficoltà incontrate nella conduzione delle proprie attività quotidiane. Sappiamo infatti che lo spazio influisce sul benessere delle persone in relazione al modo in cui da esse viene percepito ma nel caso di utenti affetti da Alzheimer, l'ambiente si trasforma in una importante fonte di stress se non configurato in modo tale da facilitare il suo corretto utilizzo. Sfortunatamente, tale necessità si scontra con le conoscenze attuali che non permettono di avere una visione certa della percezione dello spazio da parte di un malato di Alzheimer,

IMMAGINE 3

Davanzo Architetti, Centro diurno per utenti affetti da morbo di Alzheimer, Castelfranco Veneto, Treviso, 2016. Vista dalla corte interna dello spazio per attività di riabilitazione.





IMMAGINE 4

Óscar Miguel Ares Álvarez, Residenze per anziani, Valladolid (Spagna), 2016. Vista sulla corte interna.

ma sono sostenute dai numerosi studi che hanno fornito importanti linee guida per la progettazione di spazi che possano a tutti gli effetti risultare sistemi terapeutici «[...] in grado di aiutare il malato a sorreggere la sua memoria e il suo equilibrio, per portare a galla le emozioni positive e cercare di mantenerle vive il più a lungo possibile».⁴

L'individuazione dei centri di riferimento per il trattamento di utenze affette dal morbo di Alzheimer ha mostrato criticità sin dall'avvio a causa della disparità dei servizi offerti, fortemente diversificati da regione a regione ma anche all'interno dello stesso distretto. Il territorio italiano ospita numerose strutture di varia natura, con differenti finalità terapeutiche e diverse formule organizzativo-gestionali, di natura pubblica o privata; per le persone affette da Alzheimer l'offerta di strutture sanitarie appare eterogenea e direttamente riconducibile al grado di severità della patologia. Essa, infatti, si manifesta secondo tre livelli principali, iniziale intermedio o avanzato, provocando disturbi comportamentali, cognitivi e funzionali in relazione allo specifico stato di avanzamento. L'Alzheimer è una patologia severa, definita terminale in quanto non direttamente risolvibile, il cui decorso varia dai 5 ai 15 anni e produce delle modifiche sostanziale delle condizioni di vita degli individui coinvolti, siano essi i malati stessi, i familiari o i *caregivers* (coloro che si occupano dell'assistenza di un malato). Il morbo di Alzheimer insorge principalmente dopo i 65 anni e, attualmente, si stima che riguardi circa mezzo milione di italiani, un numero tuttavia destinato a crescere nei prossimi decenni a causa dell'aumento della speranza di vita. Vari aspetti concorrono alla creazione della realtà quotidiana di un individuo affetto da Alzheimer ma, proprio mediante l'interpretazione delle criticità personali dovute alla patologia, si possono individuare le più idonee strategie da adottare:

- ASPETTI COGNITIVO COMPORTAMENTALI – Terapia farmacologica, Riabilitazione, Supporto assistenziale.
- ASPETTI RELAZIONALI – Formazione e supporto dei famigliari e dei caregivers, ricoveri temporanei “di sollievo”.
- ASPETTI SPAZIALI – Realizzazione di spazi in grado di compensare le difficoltà dell'utente.

⁴ F. Colonnese, *Architettura terapeutica, Wayfinding e percorsi per i malati di Alzheimer*, URL https://www.academia.edu/2497991/2012._Architettura_terapeutica._Wayfinding_e_percorsi_per_i_malati_di_Alzheimer (ultima consultazione 20/06/2018)

Concludendo questa introduzione, si ritiene necessario approfondire le motivazioni che hanno condotto alla scelta di casi studio e riferimenti localizzati nelle regioni del centro/nord Italia.

Come sottolineato da numerose ricerche, le condizioni dei servizi sanitari delle 20 regioni italiane presentano forti discontinuità e disuguaglianze. Tale fenomeno di squilibrio può essere riassunto mediante i tre indicatori esplicitati dalle mappe e dai grafici che seguono: “la difficoltà di accesso ai servizi di carattere sanitario” (ASL, medico di famiglia) per le persone con più di 64 anni⁵, “spesa sanitaria pubblica per abitante/ spesa sanitaria privata per famiglia” e, più in generale, “la speranza di vita alla nascita per regione”⁶. La prima immagine, riguardante le “difficoltà di accesso ai servizi sanitari per regione di residenza”, dimostra come la situazione nazionale sia profondamente variabile tra le regioni del Nord e Sud Italia. Un simile andamento irregolare deriva sia da caratteristiche proprie del contesto territoriale e sociale (ubicazione dei centri sanitari, sviluppo della rete dei trasporti, numero di strutture disponibili, ecc) sia da fattori organizzativi e individuali dell’utenza, condizionando pesantemente la percezione generale di accessibilità ai servizi.

5 L’elaborazione della mappa del territorio italiano fa riferimento ai dati raccolti e analizzati (anno 2012) nell’ambito del *Progetto Passi d’Argento*, il sistema di sorveglianza della popolazione con più di 64 anni del nostro Paese pubblicata da Epicentro - Il portale dell’epidemiologia per la sanità pubblica a cura del Centro nazionale per la prevenzione delle malattie e la promozione della salute dell’Istituto Superiore di Sanità, URL <http://www.epicentro.iss.it/default.asp#passi> (Ultima consultazione 03/08/2018).

6 I dati relativi alla *spesa sanitaria pubblica per abitante* e alla *speranza di vita alla nascita per regione* fanno parte del gruppo di indicatori del *Benessere equo e sostenibile (BES)* sviluppati dall’Istat. Tali dati fanno riferimento all’anno 2016, Fonte: ISTAT, URL <https://public.tableau.com/profile/istat.istituto.nazionale.di.statistica#!/vizhome/BES2017/Indicatoriperregione> (Ultima consultazione 03/08/2018).

IMMAGINE 5

Mappa del territorio italiano relativa alla difficoltà di accesso ai servizi di carattere sanitario (Asl, medico di famiglia) per le persone con più di 64 anni.



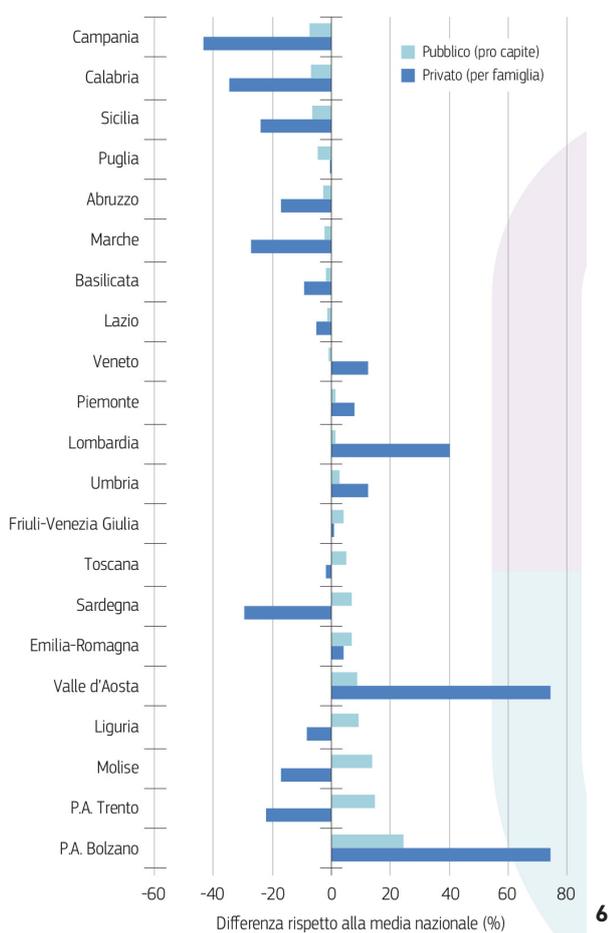


IMMAGINE 6

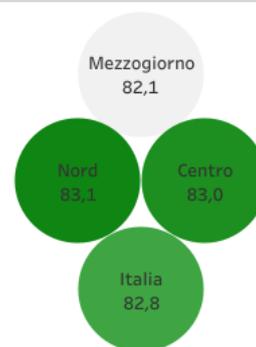
Dati relativi alla "spesa sanitaria pubblica per abitante" e "spesa sanitaria privata per famiglia suddivisi per regioni italiane", anno di riferimento 2016.

IMMAGINE 7

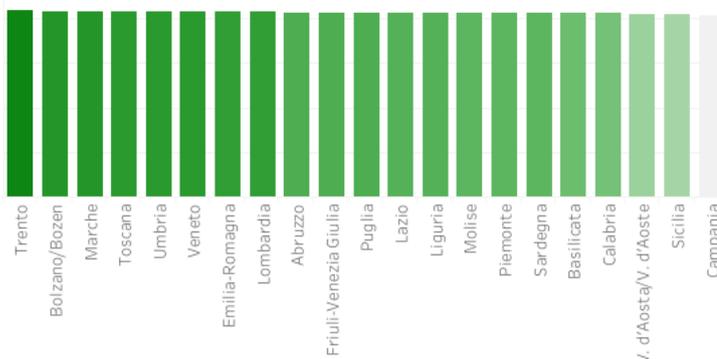
Mappa e dati relativi all'indicatore "speranza di vita alla nascita" suddivisi per regioni italiane, anno di riferimento 2016.

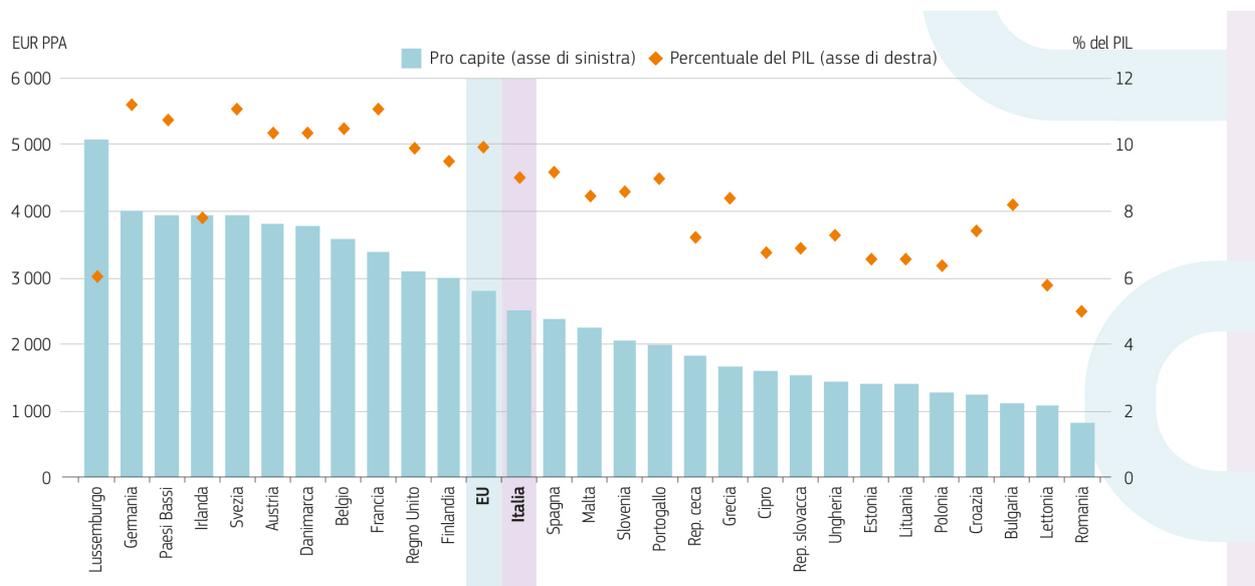


Valori delle ripartizioni



Valori regionali





Fonti: Statistiche sulla salute dell'OCSE; Banca dati di Eurostat; Banca dati dell'OMS sulla spesa sanitaria globale (i dati si riferiscono al 2015).

8

IMMAGINE 8

Grafico relativo alla spesa sanitaria complessiva pro capite suddivisa per le nazioni europee, anno di riferimento 2015.

Inoltre, è indicativo segnalare che la maggioranza delle regioni in cui l'accesso alle strutture sanitarie appare insoddisfacente (Campania, Calabria, Puglia, Sicilia) rientra nella parte finale della classifica redatta sulla base della "spesa sanitaria pubblica per abitante/ spesa sanitaria privata per famiglia" o, in alcuni casi come la regione Sardegna e l'Umbria, si posizionano nella parte medio alta della classifica pur non garantendo un'adeguata efficienza dei servizi. Tale situazione rinvia all'andamento irregolare della mappa della "speranza di vita alla nascita" che premia le regioni del centro nord a discapito delle regioni meridionali, aree in cui il valore decresce di circa un anno rispetto alla media nazionale. Tuttavia, come sottolineato dall'Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane «Il Servizio sanitario nazionale è nato con l'obiettivo di tutelare la salute, come diritto fondamentale dell'individuo e della collettività, e superare gli squilibri territoriali nelle condizioni socio-sanitarie del Paese. Il principio alla base del SSN è l'universalismo ritenuto un presupposto per l'uniformità delle condizioni di salute sul territorio»⁷. È quindi necessario interpretare i dati presentati come una richiesta di aiuto di determinate regioni in cui una serie di fattori (territoriali, economici, sociali) hanno generato una situazione di emergenza in cui le prime vittime sono i cittadini stessi. Gli esempi che seguono possono quindi essere letti come riferimenti da approfondire e obiettivi da raggiungere per un Servizio Sanitario che, nonostante le difficoltà oggettive e una possibilità di investimento economico inferiore alla media europea (circa il 10% in meno), rimane uno dei migliori in termini di efficacia ed equità, in cui la spesa sanitaria complessiva è finanziata con fondi pubblici per il 76% e privati per il 24%⁸.

⁷ Le disuguaglianze in Italia, Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane, Istituto di Sanità Pubblica - Sezione di Igiene. Vedi: URL <https://www.osservatoriosullasalute.it/news/le-disuguaglianze-di-salute-in-italia> (Ultima consultazione 03/08/2018).

⁸ Per approfondire: OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2017), *Italia: Profilo della sanità 2017, State of Health in the EU*, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels. URL <http://dx.doi.org/10.1787/9789264285248-it> (Ultima consultazione 25/06/2019).

La selezione dei tre esempi seguenti deriva dalla convinzione che, per determinare la riuscita di un progetto di architettura sanitaria, sia necessario ritrovare nei suoi spazi un'interconnessione di tre aspetti principali: la qualità funzionale, la qualità percepita e la qualità edilizia. Studi recenti⁹ dimostrano che solo la compresenza delle tre qualità contribuisca attivamente al raggiungimento di una eccellenza progettuale capace di determinare il necessario passaggio da edilizia sanitaria ad architettura sanitaria. Ognuna di queste caratteristiche racchiude all'interno un complesso insieme di parametri:

- La **QUALITÀ EDILIZIA** rappresenta il carattere maggiormente oggettivo tra i parametri della relazione di efficacia ed efficienza e si riferisce al contenuto costruttivo e strutturale dell'architettura prendendo in considerazione le caratteristiche fisiche dell'edificio in senso globale, ovvero le strutture, gli impianti e tutti gli apparati tecnologici che lo compongono. In riferimento a tali elementi, il valore "edilizio" di un edificio viene anche valutato in relazione alla flessibilità e adattabilità degli spazi in quanto, come vedremo più avanti, queste caratteristiche rappresentano un importante fattore da considerare nella progettazione di architetture sanitarie. I caratteri che definiscono la qualità edilizia di un'architettura sanitaria sono: le prestazioni, i contenuti tecnologici e le caratteristiche costruttive.

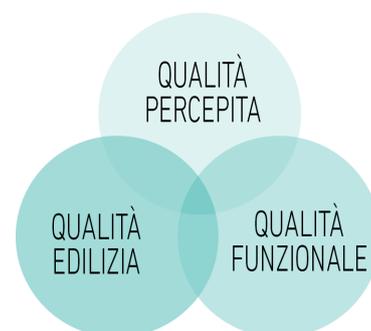
- La **QUALITÀ FUNZIONALE** rappresenta la capacità di un edificio di supportare positivamente le attività che vengono svolte all'interno. Tale caratteristica non si esaurisce nella corretta e idonea conformazione degli spazi di fruizione ma introduce a un ampio sistema di interazioni interne (tra funzioni) ed esterne (tra l'edificio e la città), che garantiscono il perfetto funzionamento dell'architettura intesa come organismo architettonico, sociale e organizzativo. Nello specifico, vengono menzionati alcuni aspetti da tenere in considerazione nelle fasi di progettazione: l'utilizzabilità, la fruibilità, le caratteristiche spaziali e distributive.

- La **QUALITÀ PERCEPITA** rappresenta il fattore maggiormente soggettivo incluso nella relazione uomo-architettura sanitaria, ma allo stesso tempo il parametro che si rende maggiormente evidente all'utenza. La qualità percettiva rappresenta infatti il valore che l'utenza riconosce all'architettura in modo indipendente dai fattori precedenti. Seppur interdipendenti, le 3 qualità spesso vengono scavalcate da quelli che sono i fattori percettivi dell'utenza spesso impreparata per valutare gli altri parametri attivi nella relazione di efficacia ed efficienza. I caratteri che intervengono nella definizione del valore percettivo di un organismo sanitario sono: l'immagine e i contenuti innovativi, il consenso della popolazione, l'ambiente interno e l'interazione urbana e sociale.

Le qualità sovra elencate hanno rappresentato i criteri di selezione attraverso cui orientare la selezione dei casi studio di seguito esposti. Lo studio dei progetti e la visita diretta agli spazi sanitari ha permesso di raccogliere tutte le informazioni necessarie affinché ognuna delle strutture potesse essere inserita o esclusa in tale capitolo. Tutte le 3 architetture presentate nelle pagine successive hanno risposto positivamente all'analisi qualitativa basata sui tre aspetti: il funzionale, l'edilizio e il percettivo.

IMMAGINE 9

La compresenza delle tre qualità (percettiva, funzionale ed edilizia) contribuisce al raggiungimento di un alto livello di efficienza organizzativa e di un adeguato grado di umanizzazione degli spazi sanitari.



⁹ S. Capolongo, *Edilizia ospedaliera. Approcci metodologici e progettuali*, Editore Hoepli, Milano, 2006, pag.141.



3.2 OSPEDALE PEDIATRICO MEYER CAREGGI, FIRENZE

Per descrivere l'architettura dell'Ospedale pediatrico Meyer di Firenze è opportuno ritornare al momento conclusivo della visita guidata dalla Dott.ssa Sara Bini, responsabile per le relazioni con l'esterno dell'azienda ospedaliera fiorentina, la quale affermava:

«Riuscite a sentire i bambini piangere? Certo, nei pressi degli ambulatori di analisi sarà inevitabile ascoltare il pianto di piccoli impauriti, ma nel resto della nostra struttura non sarà così facile. Questo era il nostro obiettivo, creare un luogo in cui i piccoli pazienti non si sentissero dei bambini malati, ma solo dei bambini.»

In queste poche parole, è possibile riassumere il senso di un'architettura nata per dare protezione, speranza e sollievo a bambini e famiglie destinate a combattere contro malattie, più o meno gravi, che segnano inevitabilmente il periodo della spensieratezza trasformandolo nel più fragile della loro vita. Un luogo in cui i più piccoli possono sentirsi finalmente al centro di un processo di accoglienza e cura ideato e realizzato in base alle loro necessità, ai loro bisogni e ai loro diritti, alla loro richiesta di normalità.

La mattina era trascorsa velocemente allo studio CSPR dove l'Arch. Giuli Felli, uno dei componenti del gruppo di progettazione dell'Ospedale Meyer, ci aveva presentato con orgoglio la sua architettura. Evidentemente non era possibile prescindere da una preliminare conoscenza degli spazi progettati per cogliere appieno il valore dei luoghi del Meyer.

Giungevamo così solo successivamente alla collina di Careggi che ospita la struttura, nel primo pomeriggio di un giorno di febbraio. L'Ospedale Meyer si trova non lontano dal centro cittadino e rappresenta un riferimento importante per ogni bambino e per ogni famiglia della città, della regione e dell'intero territorio nazionale.

L'ingresso ci accoglieva proteggendoci da una giornata invernale, fredda ma soleggiata. In un primo momento l'appuntamento 'al maggiolino celeste' appariva bizzarro; comprendevamo il messaggio non appena arrivate sul posto: anche noi dovevamo iniziare il viaggio come ogni bambino che arriva per la prima volta. Infatti, ogni piccolo paziente in arrivo al Meyer incontra, per primo, il grande maggiolino decorato, posizionato in corrispondenza dell'ingresso principale, lasciandosi "distrarre" dai colori e dalle forme di questo oggetto conosciuto ma qui proposto in una veste insolita, un elemento che vuol quasi presentare e anticipare lo straordinario e affascinante spazio interno.

Addentrando all'interno dell'architettura, tramite le pensiline monumentali, raggiungevamo il blocco centrale, il primo approdo di un percorso emozionante, un luogo in cui le famiglie presenti trovavano modo di accertarsi sul percorso da intraprendere in base alle proprie urgenze.

L'architettura ci suggeriva il percorso da seguire: una delle due gallerie vetrate che attraversano il parco alberato esterno conducevano verso la grande hall centrale, il luogo da cui tutto prendeva vita, uno spazio che rappresentava il cuore pulsante dell'intera architettura. Proprio in questo punto, una compresenza di medici intenti a programmare e a svolgere visite ambulatoriali convivevano con utenti e spazi

IMMAGINE 10
Studio CSPE, Ospedale pediatrico Meyer,
Firenze, 2006. Vista dell'atrio bioclimatico
centrale.

pubblici, box informativi e servizi commerciali, dando vita a una combinazione di differenti figure professionali e a un'utenza eterogenea che rendeva l'atmosfera dinamica ancorché ben strutturata.

Tuttavia, non è stato facile accettare che i principali fruitori di tali spazi e servizi del Meyer fossero bambini. Osservarli passeggiare liberamente lasciava interdetti.

Dopo una prima sosta con i responsabili dell'accoglienza, la referente, Dott.ssa Sara Bini, ci accompagnava nella visita. Attraversavamo il grande corridoio centrale, più simile a un percorso urbano piuttosto che a uno spazio ospedaliero, quando apparve davanti a noi il 'muro digitale', una grande sala a tripla altezza, la cui parete, sul lato lungo, ospitava schermi digitali animati da una programmazione dedicata ai piccoli in attesa e da servizi interattivi in cui i bimbi potevano esprimersi liberamente attraverso colori, forme, linee.

Questo luogo appariva come un piccolo mondo magico, a misura di bambino, un posto in cui anche l'arredo, i colori, le forme si modellavano alla misura dell'infanzia. Qui, dove più che in ogni altro luogo si raccoglievano le ansie e le paure dei genitori in attesa del loro turno di visita, lo spazio appariva come un fattore in grado di traghettare in un'altra dimensione, condurre in un contesto in cui l'architettura si rendeva capace di definire un'atmosfera insolita e stimolante, un ambiente atipico che coinvolgeva attivamente i più piccoli e interferiva con le emozioni dei più grandi, quasi a volerli deconcentrare, confondere, sospendere in una dimensione irreali.

Ma per i piccoli pazienti del complesso sanitario era più difficile comprendere il proprio percorso, accettare una particolare condizione di sofferenza che pesa come un macigno, soprattutto nel periodo della crescita e della fanciullezza. L'ospedale aveva scelto quindi di trasformarsi, non per negare una condizione comune ai tanti piccoli ricoverati, ma per dargli una possibilità, garantire loro di condurre una vita 'quasi normale' all'interno di un ambiente speciale. Il Meyer rappresenta 'un'architettura aumentata' in cui la tecnologia e lo spazio condividono l'obiettivo di facilitare il percorso di vita che, inevitabilmente, ha come sfondo un ambiente medico.

La Dott.ssa Bini ci invitava a proseguire. Saremmo rimasti ore a osservare le dinamiche di quei momenti di vita per percepire la potenza delle sensazioni proprie di ognuno dei presenti, ma il Meyer è un'architettura complessa e per decodificare il suo corpo costruito ci si doveva spingere fino alle sue viscere.

Così raggiungevamo il piano secondo, il livello destinato alle degenze.

La necessità di rispettare il bisogno di riservatezza dei luoghi in cui i piccoli potevano riposare e in cui si trovano ad affrontare i momenti più difficili della malattia, ci imponeva di rimanere sulla soglia per evitare di interferire con le attività quotidiane di reparto. Nonostante ciò, la carica emotiva era forte; la forza di questi piccoli combattenti si percepiva in ogni angolo, fino alla soglia tra il reparto e i luoghi più pubblici.

Ci allontanavamo solo dopo aver osservato rapidamente da lontano l'*open plan* su cui si organizzavano le camere e gli spazi medico-infermieristici: questo luogo, aperto e permeabile privo di barriere fisiche o psicologiche, era il modello di ogni reparto.

Di seguito, percorrendo l'ampio corridoio di raccordo, parallelo ai reparti, ci immergevamo in un nuovo spazio luminoso, limpido e accogliente, dove sono state posizionate le ludoteche, le aree per la didattica e le zone relax. Durante la nostra visita, nessun bambino si trovava all'interno di queste stanze ma si riusciva a percepire la forza e il coraggio di coloro che erano passati di lì. Un bambino ricoverato in ospedale riesce più degli altri a godere e a sorridere dei momenti di gioco e svago che la vita ci regala e l'architettura non deve far altro che creare uno scenario adeguato e stimolante.

Questi spazi sembravano volerci ricordare questo.

Il cielo sereno permetteva al sole di filtrare attraverso la grande copertura e ci faceva sentire parte del mondo nonostante la prossimità dei reparti e di così tanta sofferenza; le doppie e triple altezze riuscivano a far arrivare una forza vitale fino al piano terreno. Affacciandoci, riuscivamo a vedere la grande hall digitale: ci sentivamo all'interno di un organismo pulsante, un luogo di vita dove lo spazio, le persone, le relazioni, la scienza stavano insieme collaborando alla creazione di un mondo interconnesso e orientato a un fine comune.

Scendendo verso la quota urbana attraversavamo luoghi, storie, volti e sorrisi.

Al piano interrato uno spazio sorprendente diventava il nucleo spirituale dell'organismo, un ambito che simboleggiava l'essenza più profonda dell'anima. L'ultima tappa del nostro percorso era, infatti, un ambiente circolare e fortemente simbolico che ospita il centro di preghiera, aperto a tutte le religioni e organizzato secondo uno schema planimetrico capace di offrire una doppia possibilità: suddividere lo spazio in ambiti distinti, sulla base all'appartenenza religiosa dei fedeli, o aprire i moduli lignei scorrevoli per celebrare funzioni aperte e inter-religiose. Di nuovo una condivisione quindi, un modello di collaborazione che andava oltre le appartenenze. Un modello che raffigurava la nuova società contemporanea.

Il Meyer, infatti, non è solo un riferimento dal punto di vista medico scientifico. La sua architettura sembra voler incoraggiare e sospingere chi la usa, lo spazio vuole accogliere e mostrare a tutti una nuova possibilità di collaborazione e coerenza. Dopotutto, la missione di questa istituzione non è solo quella di curare i bambini ma rivolgersi alla loro salute e al loro benessere in forma totale.

Un percorso progettuale orientato al bambino e al benessere delle famiglie che diventano, al tempo stesso, la vera forza di ogni piccolo paziente e le destinatarie di particolare attenzione da parte di ogni professionista.

La progettazione considera non solo gli ambienti, gli spazi didattici e ludici ma anche i luoghi dove svolgere *pet-teraphy* e *clown terapia*, attività ed esperienze che rappresentano strategie e azioni a disposizione dei piccoli e delle loro famiglie tese a migliorare la qualità, il valore del loro soggiorno e, conseguentemente, della loro esistenza. Oltre alle importanti soluzioni tecnologiche e costruttive adottate dai progettisti, l'attenzione nei confronti dell'accoglienza e la cura della persona secondo una 'dimensione globale' rappresentano i veri aspetti innovativi del Meyer.

Perché, come ci ricorda lo stesso principio dell'ospedale *«un bambino resta un bambino, anche in ospedale»*.

DATI TECNICO DESCRITTIVI

Il grande complesso pediatrico si affianca alle già numerose strutture della collina di Careggi, a Firenze, luogo in cui il Servizio Sanitario fiorentino sta concentrando molte delle eccellenze sanitarie della regione Toscana, poco distante dal recente intervento volto alla realizzazione della monumentale pensilina d'accesso alla parte universitaria dell'Ospedale Careggi, nel 2006, realizzato dallo stesso studio CSPE. L'ospedale Meyer è ben presto diventato uno dei poli d'eccellenza e di riferimento per il centro Italia grazie a uno sviluppo sistematico dei servizi sanitari offerti e alla risposta positiva dell'utenza rispetto alla qualità percepita dello spazio architettonico. Il progetto, nato da una riqualificazione e da un ampliamento di una villa storica, è stato condotto dal centro TESIS dell'Università di Firenze in collaborazione con lo studio CSPE nel 2006. Il nuovo complesso ospita l'azienda ospedaliero universitaria Meyer e si compone di tre ambiti principali:

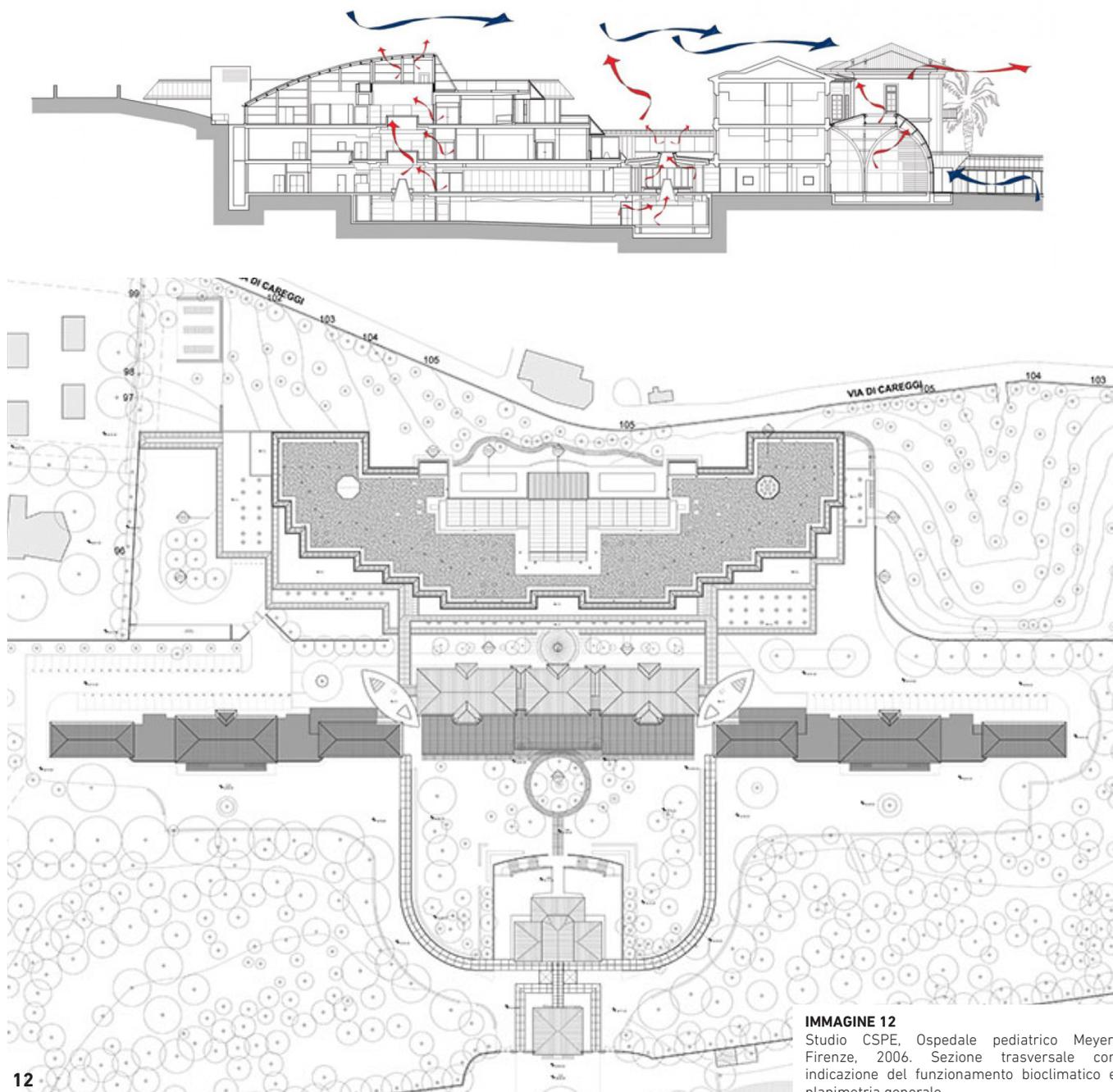
- il settore d'ingresso, che accoglie le funzioni di accoglienza e accettazione oltre ai servizi direttamente accessibili dall'utenza esterna (riabilitazione e centro prelievi);
- il settore intermedio, dove il grande blocco centrale della serra riservata all'accoglienza e al centro informazioni è circondato dalle strutture della preesistenza storica di villa Ognissanti che, in seguito a un importante restauro, ospita i servizi universitari con aule e mensa ad est, i servizi di day hospital insieme ad alcune degenze ad ovest e, a nord, gli ambulatori con gli ulteriori spazi di accettazione e i servizi generici (*bookshop* e caffetteria);
- il settore ad alto funzionamento, localizzato nell'area più distante dall'ingresso pubblico, ospita ulteriori ambulatori, i reparti, le degenze e le funzioni accessorie dedicate ai degenti come la scuola, la ludoteca, la terrazza con piante e un piccolo orto.

IMMAGINE 11

Studio CSPE, Ospedale pediatrico Meyer, Firenze, 2006. Vista del complesso ospedaliero.
Fonte: Studio CSPE.



Il posizionamento delle funzioni deriva da una logica precisa che regola la disposizione planimetrica in base alla gravità della patologia trattata e ai tempi di utilizzo degli spazi ospedalieri. I servizi prossimi all'ingresso sono infatti destinati a utenze esterne che frequentano l'ospedale in modo discontinuo e temporaneo, mentre, addentrandosi all'interno della struttura, si possono trovare gli spazi dedicati ai piccoli ricoverati e alle loro famiglie, luoghi vissuti nel quotidiano che ricercano la continuità perduta con la vita all'esterno dell'ospedale. Anche i vari livelli riprendono tale logica: dalla quota d'accesso, dedicata prevalentemente a servizi ambulatoriali e di accoglienza e ristoro, si sale ai piani successivi, verso i reparti ad alta intensità che necessitano di una maggiore privacy e intimità.



12

IMMAGINE 12
Studio CSPE, Ospedale pediatrico Meyer,
Firenze, 2006. Sezione trasversale con
indicazione del funzionamento bioclimatico e
planimetria generale.

Al piano terra uno spazio circolare e fortemente simbolico ospita il centro di preghiera aperto a tutte le religioni e organizzato secondo uno schema planimetrico che offre una doppia possibilità suddividere lo spazio in vari ambiti distinti in base all'appartenenza religiosa dei fedeli o aprire i moduli lignei scorrevoli per celebrare funzioni aperte e inter-religiose.

L'architettura si struttura in un organismo aperto che lega in un unico insieme le nuove realizzazioni con la preesistenza assicurandone riconoscibilità formale e piena integrazione. Il nuovo organismo si differenzia dalla concezione comune di ospedale per dar luogo a un insieme eterogeneo di elementi di differente natura che compongono un complesso organico sotteso alle caratteristiche morfologiche dell'area; così come lo spazio architettonico si rapporta alla natura umana dell'utenza, la forma architettonica si adatta all'andamento naturale della collina fiorentina ove sorge il Meyer. Nello specifico, il nuovo corpo di fabbrica si inserisce nel contesto in maniera mimetica, sfruttando il declivio naturale della collina per il collocamento di due piani parzialmente interrati e un solo piano fuori terra. I piani sfalsati, inoltre, garantiscono allo spazio interno il giusto apporto di luce e illuminazione naturale durante il giorno e consentono di creare ampi balconi direttamente accessibili dai servizi privati. L'antico fabbricato antistante il parcheggio diviene invece il primo approdo degli utenti che, attraverso le monumentali pensiline che lo sormontano, da qui in poi intraprendono un percorso di avvicinamento ai servizi medici e interagiscono con il contesto attraverso il lungo percorso vetrato che sembra riprendere i camminamenti liberty tipici di alcuni ospedali di inizio '900.

IMMAGINE 13

Studio CSPE, Ospedale pediatrico Meyer, Firenze, 2006. Vista dei camminamenti vetrati della corte centrale.
Fonte: Studio CSPE.



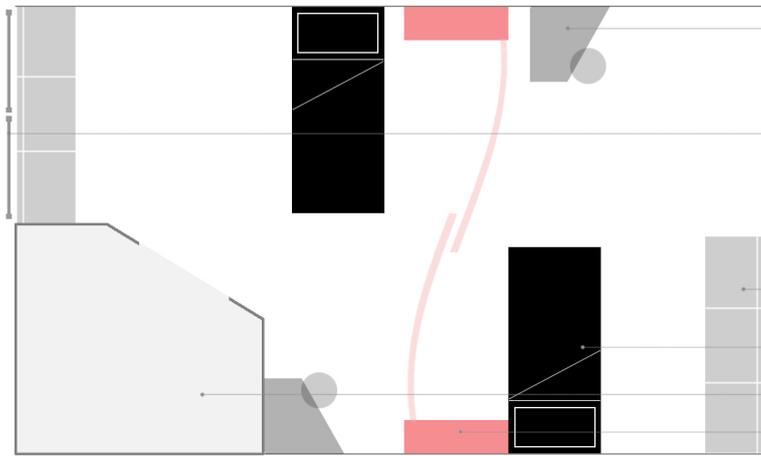
Percorrendo la grande serra vetrata centrale è possibile raggiungere i vari servizi medici ambulatoriali attraverso uno spazio in grado di mediare il rapporto tra pubblico e privato che ospita i servizi commerciali e di ristoro insieme a grandi spazi pensati per lo svago e per ospitare le attività dei più piccoli, mettendo a disposizione tecnologie informatiche e grafiche, dando vita ad un'atmosfera accogliente ed informale. Proseguendo verso il nuovo edificio si raggiungono i reparti e le zone ad alta intensità di cure. Nonostante il passaggio ad una area caratterizzata da maggiori criticità tecniche e relazionali, lo spazio non modifica radicalmente la propria natura ma accompagna verso una dimensione più privata e raccolta che si esplicita nel layout flessibile delle camere di degenza, opportunamente studiate da un'equipe multidisciplinare. Infatti, attraverso la partecipazione alle fasi di ideazione e specificazione, il gruppo di psicologi guidati dalla Prof.ssa Mirilia Bonnes e dal Prof. Marino Bonaiuto (CIRPA, Centro TESIS) ha affiancato i progettisti dello studio CSPE nel percorso progettuale che ha condotto alla definizione di un'architettura nata nel rispetto delle necessità primarie dei bambini nella condizione di elevata vulnerabilità psicologica. Si è proceduto per fasi definendo le problematiche generali dell'utenza ospedaliera riguardanti la psicologia ambientale e le difficoltà relative allo sviluppo infantile in ambito ospedaliero identificando alcune particolari strategie come predominanti:

- la dimensionalità di scala;
- l'accoglienza e la non-monotonia degli spazi;
- la relazionalità sociale dello spazio, con le connesse possibilità di personalizzazione e appropriazione dello spazio personale, di gestione della privacy e della socializzazione;
- la fruibilità degli spazi verdi-naturali.

IMMAGINE 14

Studio CSPE, Ospedale pediatrico Meyer, Firenze, 2006. Vista della relazione con la preesistenza e delle corti interne verdi.





Spazi per la lettura, lo studio, il gioco e mensole per la personalizzazione dell'ambiente condiviso

INGRESSO

Finestra

Finestra interna affacciata sugli spazi di distribuzione

Divano/letto aggiuntivo per assistenza familiare

Letti invertiti per facilitare l'interazione tra i bambini ricoverati e sviluppare la socialità

Bagno comune

Elemento mobile centrale per la gestione dei livelli di privacy tra i degenti

15

IMMAGINE 15

Studio CSPE, Ospedale pediatrico Meyer, Firenze, 2006. Analisi e schematizzazione di una camera di degenza tipo.
Elaborazione grafica dell'autore

Un approfondimento particolare ha riguardato la progettazione delle camere di degenza, posizionate nell'edificio posto a nord, dedicato ai servizi ad alta intensità. Il modulo base è costituito da uno spazio in grado di ospitare due utenti e due rispettivi accompagnatori, figure fondamentali se si considera la giovane età dei pazienti dell'ospedale Meyer. Le strategie utilizzate per ovviare il senso di estraneità e disagio, spesso avvertito dall'utenza, rispondendo alle esigenze funzionali ed estetiche delle camere in cui essi passeranno la maggior parte del periodo di ricovero, riguardano l'articolazione dello spazio, la disposizione delle attrezzature interne e la scelta delle finiture. Particolarmente interessante risulta l'articolazione spaziale delle camere e alcune soluzioni flessibili che caratterizzano l'unico luogo in cui l'utente può appropriarsi dello spazio e per una certa misura, personalizzarlo:

- superficie ridotta: per esigenze progettuali ma necessaria per permettere ai piccoli utenti di assimilare lo spazio alle camere da letto a cui normalmente si è abituati;
- camere doppie con letti frontali e sfalsati: per facilitare la socializzazione del bambino e l'interazione tra pari (anche se costretti a letto);
- finestre e aperture vetrate: per assicurare una vista sullo spazio esterno e offrire anche al degente posto nella posizione più interna uno sguardo oltre la camera, in continuità con lo spazio di transizione esterno;
- arredo flessibile integrato: per offrire all'utenza la possibilità di svolgere attività (scrivere, disegnare, ecc.) e, attraverso la tenda estraibile centrale, di gestire la privacy in relazione alle preferenze e alle necessità personali.

Inoltre, la planimetria generale evidenzia come gli spazi di transizione dell'Ospedale Meyer rappresentino un'ampia porzione dell'impianto generale del piano alla quota urbana e presentino caratteristiche differenti a seconda dell'area in cui si trovano e della funzione a cui assolvono.

I camminamenti vetrati rappresentano il primo impatto dell'utenza nei confronti della struttura sanitaria e si snodano all'interno del parco per collegare i vari settori che compongono il complesso.

Il loro sistema doppio, in prossimità dell'ingresso principale, conduce l'individuo al grande atrio bioclimatico centrale, fulcro dell'intera architettura e luogo baricentrico che ospita molteplici funzioni e costituisce un ulteriore punto di partenza per il blocco medico, situato più a nord e riservato ai reparti e alle degenze. Questo grande spazio vetrato, sorretto da strutture in legno che curvando in altezza generano una copertura a volta e caratteristici pilastri ad albero, garantisce un notevole ingresso di luce naturale e, mediante le tessere fotovoltaiche fissate sui pannelli trasparenti, permette una produzione costante di energia riutilizzabile dall'intero sistema. In questa zona, oltre ad un box informazioni in legno, sono stati inseriti spazi commerciali per gadget e souvenir accanto a sedute e attrezzature per la sosta e il relax in prossimità della libreria e della caffetteria. Da qui è inoltre possibile percorrere un tratto lineare intervallato da elementi scultorei a forma di cono sezionato, che individuano delle zone di sosta con vista sugli spazi verdi esterni, e giungere ad una seconda sala d'aspetto destinata all'attesa per i servizi ambulatoriali. Questo ambito, specificatamente dedicato ai bambini, rappresenta lo sforzo massimo dei progettisti per evitare ansia e sofferenza ai piccoli pazienti in attesa di un consulto medico: grandi schermi che proiettano cartoni, postazioni individuali per disegni e collage, piccoli banchi e strumenti per i momenti di gioco collettivo creano un luogo insolito, quasi un piccolo parco giochi in cui, per un momento, dimenticare della realtà. Uno spazio che si estende in altezza e attraverso doppie e triple altezze, intercetta i piani superiori fino ad arrivare alle grande copertura vetrata che, anche in questo caso, assicura una buona illuminazione naturale durante le ore diurne.

Le aree sopra descritte seguono le indicazioni attuali per la progettazione di una nuova concezione spaziale che mira a trasformare l'immagine rigida ed estraniante dagli spazi di transizione delle strutture mediche. Essi sono infatti un'importante fonte di stress per l'utenza in quanto rappresentano una soglia, un attraversamento che segna l'abbandono della quotidianità e dalla propria realtà di vita a favore di un periodo più o meno lungo di ricovero.

L'inserimento di funzioni tipiche della città che possono richiamare utenti indipendentemente dalle necessità di un trattamento medico, una continuità con l'esterno e un contatto diretto che permette di mantenere la consapevolezza delle variazioni della luce durante la giornata o lo scorrere del tempo, l'inserimento di arredamenti riconducibili ad ambienti domestici, sono fattori che possono attenuare il senso di disagio provocato dalla delicata funzione svolta da questi spazi.



3.3 CORE - CENTRO ONCOLOGICO ED EMATOLOGICO. IRCCS_ ARCISPEDALE S. MARIA NUOVA, REGGIO EMILIA

Il suono improvviso di una potente sirena risuonava nelle aree d'attesa, nei corridoi di degenza, negli spazi ambulatoriali. Inaspettatamente, il personale e i visitatori non sembravano preoccuparsi del segnale di allarme perché, in questo caso, esso non richiamava a una situazione di emergenza, non allertava, bensì comunicava la felicità di un evento, instillando una speranza: prima di venire dimessi dall'ospedale, infatti, tutti i pazienti hanno il compito di emettere un segnale forte per trasmettere, all'intera comunità dei ricoverati, l'obiettivo raggiunto di una guarigione spesso difficile, ma assolutamente vicina e possibile. È stato questo il momento di maggiore emozione vissuto all'interno del nuovo Centro Oncologico ed Ematologico di Reggio Emilia (CORE). Ma altrettanto intenso è stato il momento iniziale della visita.

Una grande hall apriva le sue porte come braccia che accolgono e trascinano dentro. L'interno, sin da questo suo primo spazio, si mostrava complesso e animato. Non era un "mondo a parte" quello in cui si faceva ingresso, ma uno scenario di vita. La visita si svolgeva in una calda giornata di Agosto. La struttura era in massimo fermento, in piena funzione: medici in andirivieni, tecnici indaffarati, pazienti in accettazione, utenti in attesa di ricevere prestazioni, oltre a un fitto movimento di persone anche estranee alle cure, visitatori, utenti diversi, stagisti e apprendisti, parenti e amici dei pazienti. L'architettura però non trasmetteva sensazioni di affollamento o disordine, tutt'altro. Essa sollecitava silenzio e rispetto. Il frequentatore esterno, in special modo, maturava fin da subito la consapevolezza di giungere in un luogo caratterizzato da una sofferenza fisica e psicologica estremamente intensa. Lo spazio, in tal senso, incuteva una modesta ma necessaria soggezione: occorreva entrare "in punta di piedi", riducendo al minimo la visibilità della propria presenza.

Gli spazi, inclusivi, non comunicavano specialismo. Si potevano vivere come ambiti del "quotidiano" essendo "aperti a tutti", purché non si interferisca con le attività programmate. Per capire a fondo il carattere di una simile struttura, serve tuttavia la guida e il parere "esperto". Il dottor Francesco Soncini e l'architetto Lucia Mosconi ci presentavano i luoghi cardine della struttura: spazi di ingresso e transizione simili a quelli di una grande struttura museale; decoro e *appeal* interno quasi ci si trovasse in un complesso centro commerciale.

Il contesto era ricco di dettagli. I divanetti color porpora dell'area di attesa donavano personalità all'ambiente e accoglievano gli utenti in attesa in una dimensione quasi familiare. Quadri d'autore, stampe, poster, abbondavano sulle superfici parietali offrendo una gratificante esperienza artistica e ricchi spunti di riflessione. Il rivestimento ligneo della hall, in particolare, ospitava opere d'arte di assoluto valore che contribuivano a creare un'atmosfera insolita per un ambiente ospedaliero. Ci sarebbe stato bisogno di tempi molto lunghi per riuscire ad apprezzarne l'intensità e il valore. Ma la visita imponeva velocità. Bastava tuttavia un bambino, abbracciato a un grande gatto di vetroresina collocato nell'atrio d'ingresso, a rendere magica l'occasione.

C'era una bellezza da cogliere, malgrado il carattere "difficile" del luogo.

IMMAGINE 16

Studio Binini Partners, Centro Oncologico ed ematologico di Reggio Emilia - CORE, 2010. Vista in primo piano del CORE e del complesso dell'Arcispedale di Santa Maria Nuova.

A ogni passo, interno a questi spazi, si aveva l'impressione di non aver ben colto qualcosa. Pluralità di forme, moltitudine di attrezzature, infiniti oggetti d'arredo. Lo spazio era tutto 'di relazione'.

Le 'guide' si mostravano più che sicure: dopo una prima indagine degli spazi della gastroenterologia ed endoscopia digestiva al piano terra, il percorso di visita prevedeva che si partisse dall'ultimo piano, tornando successivamente indietro. Spazi ampi e luminosi accoglievano il nostro passaggio. Nonostante l'estrema delicatezza del servizio offerto, la 'cornice' trasmetteva sentimenti positivi ed estrema fiducia nei confronti dell'Istituzione sanitaria. Il CORE è infatti parte dell'IRCCS, Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico - Arcispedale Santa Maria Nuova: ambienti adattivi e confortevoli, apparecchiature e tecnologie all'avanguardia, sperimentalismo, ma anche massima logica e funzionalità nella configurazione distributiva. Attraverso due torri di servizio, che ospitano le connessioni verticali sul fronte nord-est, si raggiungeva il quarto piano, il reparto di oncologia e i suoi ambulatori, il *day hospital* e la centrale "anti-blastici". Si trattava di uno dei luoghi più difficili. Qui viene comunicata la diagnosi. Qui prende il via il percorso terapeutico personalizzato. Lo spazio si qualificava attraverso le emozioni di ognuno. La tensione e le espressioni inquiete di coloro che attendevano il proprio turno nelle piccole stanze d'attesa, amplificavano ogni ambiente, ancorché caratterizzato da un affollamento importante. Per proseguire la visita era necessario negoziare con la propria coscienza di architetti, dimenticare, per un momento, gli aspetti tecnici e morfologici, le caratteristiche figurative, l'aspetto compositivo, l'estetica dei locali. Occorreva entrare in una dimensione tutta relazionale. Occorreva empatia con il "male" per poter comprendere l'architettura.

La visita continuava. Si giungeva all'interno del reparto che ospita i servizi di medicina oncologica e chirurgia oncologica. Il circuito anulare dei camminamenti conduceva in ampie camere doppie alternate a stanze per brevi trattamenti, organizzate attraverso arredi su misura e inondate di luce naturale. Percorrendo i passaggi trasversali di collegamento con la parte nord degli ambulatori, si coglieva il continuo scambio tra pazienti e personale, si incontrava un delicato equilibrio di competenze e umani bisogni che sembrano attivamente coesistere. Il rapido attraversamento dei due piani inferiori, caratterizzati dalla medesima composizione planimetrica, seppur leggermente divergente, completava la visione del sistema modulare e flessibile dell'architettura del CORE, conformato, in ogni suo angolo, sulle necessità della funzione ospitata. Le forme scaturivano dai comportamenti e dalle emozioni.

Particolare e stimolante è stato l'incontro con il coordinatore infermieristico del reparto di ematologia, un professionista che sembrava incarnare i principi del CORE: accogliente, dinamico, moderno e professionale; il responsabile del reparto ci aveva raccontato la propria esperienza lavorativa con un sorriso sincero apparentemente discordante rispetto alle gravi patologie trattate quotidianamente dalla sua *equipe*. La presenza di camere inaccessibili per lo svolgimento di attività a bassa carica microbica, infatti, ben delineava la severità di malattie che necessitano di specifici spazi, in questo caso facilmente inseriti senza rendere necessarie alterazioni all'assetto regolare della maglia strutturale. Il modulo di base, utilizzato in tutti i piani, aveva infatti consentito di progettare sei camere singole verso il fronte nord-ovest, filtrate da opportune aree centrali di connessione e igienizzazione. Si poteva intuire la difficoltà di "rendere umano" lo stazionamento dei pazienti in tali ambienti, ma la diffusa positività sembrava raccontare un'altra storia. Gli spazi

sembravano infatti prendere forma da sensazioni. Non c'era bellezza al di fuori dello spirito che invade le stanze. Non c'era astrazione dalla vita. L'approssimarsi di un ragazzo di circa 40 anni, provato fisicamente ma evidentemente emozionato e felice di poter lasciare quei luoghi che avevano rappresentato la propria casa per circa un mese, rendeva esplicito e dava un senso a tutto il sistema che si mostrava dinnanzi all'ospite o al visitatore. I responsabili provavano a raccontare l'emozione. L'ormai ex-paziente tornava alla propria realtà. Lo spazio si faceva piacevole. Il rumore, gradito. Era sua la sirena che si sentiva in principio.

Il team sanitario congedava la visita indirizzandoci verso i piani interrati dove i servizi lasciavano spazio ai luoghi di formazione e divulgazione scientifica: un piano tecnico che ben rappresentava il fondamento di tutto ciò che accade al di sopra della quota urbana. Il CORE ci accoglieva al suo interno secondo un percorso inverso, dall'alto verso il basso, facendo vivere simbolicamente, al suo ospite, la storia di un ipotetico paziente, un racconto di allontanamento e di progressivo ritorno alla vita. Una vita che si interrompe al momento dell'incontro con la malattia, ma che, attraverso ambienti idonei e un'architettura dedicata, può continuare in modo sicuramente parziale ma comunque stimolante ed estremamente dignitoso. Personalmente, mi tornavano alla mente le parole del testo di S. Bartocconi, G. Bonadonna, F. Sartori, P. Barnard, "Dall'altra parte. Tre grandi medici raccontano la loro malattia":

«[...] chi si ammala in modo serio al punto di finire all'ospedale diviene ostaggio della malattia, ma anche ostaggio dei medici e di tutto il resto del personale sanitario, perché in fondo da essi dipende gran parte della sua vita. In un letto alieno, in un ambiente su cui non si ha alcun controllo, soli, si obbedisce dunque a ordini perentori, a orari e a ritmi decisi da altri, e lo si fa con soggezione crescente man mano che la gerarchia di chi ti ha in carico sale».

Il CORE, invece, voleva combattere questa realtà, che spesso contraddistingue gli ospedali pubblici italiani; voleva modificare la percezione di tali ambienti da parte dell'utenza, rassicurare i propri pazienti, regalare un'atmosfera domestica ben integrata con un estremo rigore scientifico. La presenza di carrelli con cibo e snacks per i pomeriggi di visite non strideva accanto ai sofisticati sistemi informativi che permettevano di evitare l'utilizzo delle cartelle mediche cartacee. L'architettura, l'uomo e la tecnologia erano stati, qui, attentamente studiati, rispettati e integrati reciprocamente fin dalle prime scelte progettuali.

Uscendo all'esterno, si poteva rileggere nel grande corpo in vetro e mattoni color terra, la stessa sensibilità utilizzata nella progettazione degli spazi interni. Il CORE rivendicava la propria appartenenza al complesso IRCCS e ne rappresentava la nuova e più profonda immagine pubblica. Alla maestosa facciata razionalista dell'ingresso principale dell'edificio storico, in direzione nord-ovest, si opponeva infatti il CORE con il suo nuovo ingresso verso sud-est, tecnologicamente avanzato e realizzato con materiali innovativi e tradizionali al tempo. Da qui era possibile raggiungere le strutture dell'ospedale preesistente, mediante 'manichette di raccordo', o fermarsi in spazi che in futuro modificheranno nuovamente il proprio assetto per integrarsi con il padiglione Materno Infantile MIRE e il nuovo sistema di accessi.

La programmazione dei nuovi lavori e degli ampliamenti previsti nel futuro era la notizia. Ci si allontanava con animo e speranza. L'architettura aveva lavorato bene.

DATI TECNICO DESCRITTIVI

Il Centro Oncologico ed Ematologico di Reggio Emilia fa riferimento all'impianto architettonico dell'Arcispedale cittadino di Santa Maria Nuova, inaugurato nel 1965. Il nuovo complesso riprende infatti le linee geometriche del sistema di edifici preesistenti estendendosi verso il fronte sud-est e integrandosi alla successione di corpi in linea che, attraverso vari interventi succedutisi negli anni, si articola in 7 corpi principali. Le "canalette di raccordo", ovvero i lunghi percorsi di attraversamento che collegano i vari blocchi, raggiungono quindi la nuova costruzione prevedendo un ulteriore prolungamento verso il MIRE (Maternità Infanzia Reggio Emilia), la struttura materno-infantile, progettata dallo stesso studio Binini Partners, che dovrebbe sorgere accanto al CORE nei prossimi anni. L'articolato insieme di architetture dà luogo ad un organismo frammentato e interconnesso in cui i materiali esterni e le forme architettoniche interpretano i temi dell'avanzamento tecnologico e scientifico pur riferendosi sempre alla storia e alla conformazione dell'impianto originario. Il CORE completa quindi il sistema di edifici che, a partire dal corpo centrale, hanno portato l'Arcispedale a diventare un polo ospedaliero di riferimento per la città e i centri limitrofi.

Il layout architettonico generale prevede una distribuzione su livelli che organizza in modo coerente i flussi della logistica e del personale nel piano interrato per destinare ai pazienti e ai visitatori il primo e il secondo livello; allo stesso modo, il CORE riprende la distribuzione per livelli nei 6 piani che ne organizzano una struttura regolare a base rettangolare. La pianta riflette la volontà di creare un'architettura flessibile e facilmente leggibile in cui gli utenti, i visitatori e il personale possano individuare facilmente i percorsi principali e le funzioni ospitate. Lo spazio si configura in un "corpo quintuplo" che privilegia gli spazi di degenza e gli ambulatori disponendoli in posizione perimetrale dove ampie pareti vetrate assicurano una connessione con lo spazio esterno. Le facciate trasparenti si alternano a grandi corpi in cortina che riprendono la tradizione reggiana per il

IMMAGINE 17

Studio Binini Partners, Centro Oncologico ed ematologico di Reggio Emilia - CORE, 2010. Vista del fronte principale.



17



18



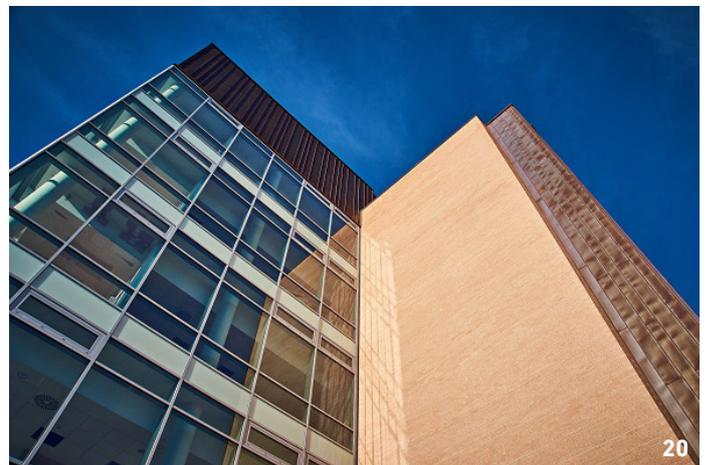
19

IMMAGINE 18

Studio Binini Partners, Centro Oncologico ed ematologico di Reggio Emilia - CORE, 2010. Planimetria piano terra.

IMMAGINE 19, 20

Studio Binini Partners, Centro Oncologico ed ematologico di Reggio Emilia - CORE, 2010. Viste di dettaglio dei rapporti materici di facciata.



20

rivestimento dei grandi parallelepipedi posti agli angoli del rettangolo di base e destinati ad ospitare i collegamenti verticali e gli spazi impiantistici.

Internamente, un percorso anulare distribuisce gli spazi centrali riservati ai magazzini, ai depositi e agli spazi del personale in cui pareti e partizioni in vetro traslucido permettono alla luce naturale di arrivare anche nei punti più nascosti. La chiarezza della distribuzione interna insieme alle ampie pareti vetrate che caratterizzano i prospetti garantiscono la massima illuminazione naturale degli ambienti ricreando un ambiente favorevole e di supporto per utenti e staff.

«L'edificio concretizza, così, il concetto di "umanizzazione" perché, coniugando la massima chiarezza d'impianto e di funzionalità distributiva con l'elevata qualità architettonica e di attenzione per i dettagli, si rende realmente a misura d'uomo, accompagnando e mettendo a proprio agio chi vi è accolto.

L'edificio diviene, in sintesi, parte attiva ed integrante del processo di cura e assistenza del paziente»¹.

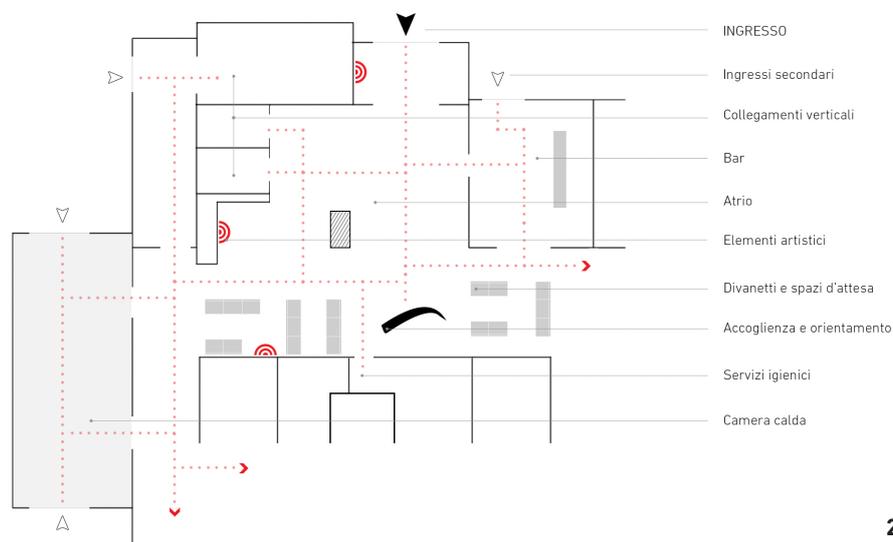
Gli ambiziosi obiettivi dei progettisti vengono reinterpretati da un'architettura che rispetta le istanze umane e si modella in funzione dell'utente entrando in sinergia con la stessa organizzazione scientifica che ospita.

Gli accessi ricoprono un ruolo fondamentale nell'organizzazione del centro oncologico differenziandosi in relazione dell'utenza a cui si riferiscono: una camera calda, posizionata sul fronte nord-est garantisce la giusta protezione per pazienti con difficoltà particolari assicurando un accesso agevole e rapido ai servizi di assistenza; un accesso pedonale, sul fronte sud-est, conduce agli spazi di accoglienza dove un ampio banco di accettazione si impone lungo l'asse centrale e rappresenta un importante riferimento per chi si trova a varcare la soglia dell'ospedale. Questo spazio assume una posizione di particolare rilievo all'interno del sistema CORE in quanto riprende le linee, i colori e i materiali di ambienti informali per restituire un'immagine che si allontani dalla fredda architettura ospedaliera e trasmettere un messaggio di accoglienza e familiarità all'utente

1 Binini Partners, *CORE. Centro Oncologico ed ematologico Reggio Emilia, The Plan* Edition, Bologna, 2016, pag.95.

IMMAGINE 21

Studio Binini Partners, Centro Oncologico ed ematologico di Reggio Emilia - CORE, 2010. Analisi e schematizzazione dello spazio d'ingresso
Elaborazione grafica dell'autore





22

che varca la soglia di accesso. La visibilità del banco di accettazione posizionato centralmente e le sue forme morbide e accoglienti, il legno chiaro che riveste le pareti e parti del controsoffitto, i divani color porpora e le suggestive opere artistiche di Alfonso Borghi partecipano alla creazione di uno spazio accogliente e informale. Le sue parole descrivono l'impegno e gli obiettivi che lo hanno guidato nella sua produzione artistica:

«Vorrei accogliere e sostenere le persone con l'esplosione dei colori e della materia dei miei quadri che rappresentano un inno alla vita, un messaggio di speranza e di forza»².

La volontà di sostenere l'uomo nel periodo di ospedalizzazione e supportarlo nel percorso di guarigione si concretizza in configurazioni spaziali orientate alla ricerca del massimo comfort associato ad un alto livello di flessibilità dello spazio architettonico. Come nei capitoli successivi approfondito, la flessibilità è oggi una caratteristica fondamentale per una struttura ospedaliera in quanto garantisce la possibilità di aggiornare il layout secondo le urgenze che lo sviluppo tecnologico e medico presenteranno in futuro. Il CORE, attraverso una progettazione mirata, permette di modificare la configurazione dei propri spazi senza la necessità di ricorrere a interventi invasivi e mantenendo la coerenza planimetrica iniziale. I progettisti hanno declinato le urgenze di flessibilità in base ai caratteri dell'architettura e del suo contesto³:

FLESSIBILITÀ INTERNA EDILIZIA

Questo aspetto riguarda la possibilità di modificare l'assetto planimetrico in relazione alle necessità che nel tempo possono prevalere. la struttura è stata

² Binini Partners, *op. cit.*, pag.121.

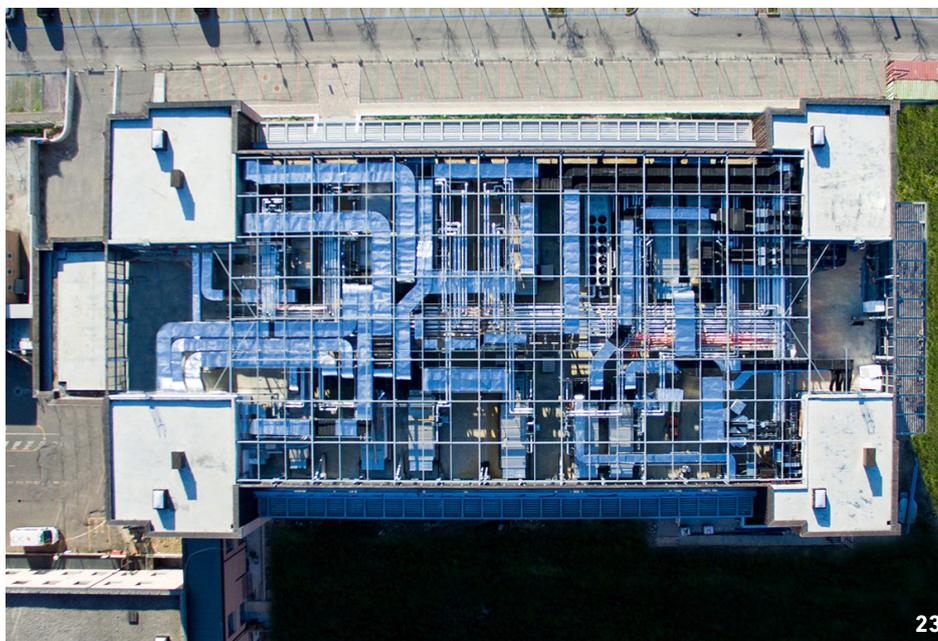
³ *Ivi*, pag.115.

IMMAGINE 22

Studio Binini Partners, Centro Oncologico ed ematologico di Reggio Emilia - CORE, 2010. Vista dell'ingresso principale.

IMMAGINE 23

Studio Binini Partners, Centro Oncologico ed ematologico di Reggio Emilia - CORE, 2010. Vista della copertura con il sistema degli impianti tecnologici.



quindi progettata secondo una maglia regolare di interasse pari 7,80mt x 7,80mt e formata da pilastri in cemento armato prefabbricati e solidarizzati in opera. Questo impianto ha permesso di realizzare un'architettura flessibile e aperta a future modifiche grazie anche alle componenti d'arredo e partizione interne realizzate con elementi prefabbricati e assemblabili secondo diverse configurazioni. Dal punto di vista impiantistico, i sistemi di climatizzazione, riscaldamento e estrazione dell'aria sono stati appositamente progettati in relazione alla funzione interna dei vari ambienti attraverso dei cavedi tecnici verticali opportunamente posizionati in piante che raggiungono il piano di copertura dove sono stati alloggiati tutte le strutture tecnologiche e le centrali per il trattamento dell'aria; questa soluzione garantisce una agevole manutenzione e la possibilità di ispezionare i sistemi impiantistici senza interferire nel normale svolgimento delle attività ospitate dal centro. Infine, la disposizione delle funzioni secondo lo schema del corpo quintuplo con tre fasce dedicate alle funzioni intervallate da due assi di distribuzione assicura la corretta configurazione di spazi destinati ad attività sia di tipo assistenziale oltre che diagnostico e/o interventistico.

FLESSIBILITÀ INTERNA FUNZIONALE

La scelta di inserire in un unico edificio differenti funzioni mediche deriva dalla tendenza attuale di integrare differenti servizi specialistica in un unico sistema multidisciplinare. Tuttavia, il Layout del centro oncologico, attraverso una corretta impostazione dei flussi (suddivisi per utenza) e delle strutture di collegamento verticale posizionate ai vertici, garantisce il corretto utilizzo degli spazi favorendo di conseguenza l'ottimale organizzazione dei servizi e delle attività ospitate.

FLESSIBILITÀ ESTERNA PLANIMETRICA

Il contesto in cui si inserisce il CORE garantisce la possibilità di estendere ulteriormente gli spazi sanitari nel futuro centro Materno Infantile MIRE. La nuova architettura si collegherà infatti al centro Core per mezzo di un nuovo spazio di

ingresso condiviso che verrà posizionato in corrispondenza del prolungamento dei percorsi trasversali che attualmente rendono possibile raggiungere l'impianto ospedaliero originario e collegano tutte le strutture dell'azienda ospedaliera.

Il MIRE rappresenta quindi il futuro dell'Arcispedale Santa Maria Nuova di Reggio Emilia e si colloca in prossimità delle strutture del CORE. A differenza della struttura oncologica, il centro materno infantile pur seguendo i criteri funzionali e distributivi dei precedenti interventi si distingue tramite un corpo dal linguaggio architettonico contemporaneo caratterizzato da un rivestimento in lastre ceramiche di colore bianco associate ad ampie superfici vetrate incorniciate da elementi metallici di colore arancio. Il carattere nettamente non istituzionale dell'edificio pediatrico sottolinea il desiderio di relazionarsi con i piccoli utenti e le loro famiglie anche attraverso un'architettura "giocosa" e accogliente, capace di offrire ai bambini spazi luminosi, comprensibili e adatti oltre che alle attività specialistiche e terapeutiche, anche ai momenti di gioco e svago. L'ampia corte centrale che taglia 4 dei 5 livelli fuori terra garantisce il corretto apporto di luce naturale e ventilazione alle degenze e ai servizi terapeutici interni oltre a definire un grande giardino di circa 600 mq dove poter organizzare attività all'aperto che possa sintetizzare «un progetto concepito come un "caldo abbraccio", luminoso e accogliente»⁴.

4 La frase utilizzata dagli stessi progettisti del gruppo Binini Partners per descrivere il Progetto MIRE riassume gli intenti di un'architettura ideata e progettata per sostenere attivamente l'utenza fragile che la vivrà. Per approfondire: <https://www.bininipartners.it/progetti/mire-maternita-infanzia-reggio-emilia/> (Ultima consultazione 10/02/2019)

IMMAGINE 24

Studio Binini Partners, nuovo ospedale Materno Infantile Reggio Emilia - MIRE, 2014 - in corso. Vista dell'edificio e del complesso ospedaliero dell'Arcispedale Santa Maria Nuova.





3.4 RESIDENZA SANITARIA ASSISTITA MONTEMURLO - PRATO

Risalendo la collina di Montemurlo, fitti uliveti e vigneti ci affiancavano nascondendo a tratti il panorama delle colline pratesi e della valle del Bisenzio. La struttura di accoglienza per utenti affetti da malattie neurodegenerative si ergeva, infatti, sulla collina che domina il piccolo comune, posizionato a est della città di Prato. Muri a secco e piccole recinzioni ci indicavano la strada da seguire e, dopo una lunga salita, giungevamo finalmente alla struttura.

Il lungo percorso per arrivare alla sommità contribuiva a rendere ancora più piacevole la scoperta: il piccolo 'villaggio' di edifici, che ospitano il centro di cura, si inseriva nel sito come un piccolo paese di montagna. Gli edifici, di massimo due livelli, si disponevano ordinatamente su di un piano pavimentato in cui due piccoli tappeti verdi ospitavano imponenti alberi centenari. I tetti a falda, l'intonaco bianco dei muri e un'impostazione di chiara matrice rurale, tradivano le radici di questo luogo. Il piccolo gruppo di edifici, infatti, manteneva quasi inalterata la propria forma per integrarsi alla nuova edificazione che riprendeva la tradizione dei muri a secco, disseminati lungo la collina, e dei terrazzamenti nati per favorire le coltivazioni presenti nella zona. Due elementi rivestiti in legno rivelavano però la presenza di uno spazio ipogeo che intravedevamo dal patio centrale, su cui ci affacciavamo, posizionato verso la valle. È da qui che si apriva davanti a noi lo spettacolare panorama di Prato e del territorio che la circonda, un paesaggio agricolo che sembrava voler distrarre dai piccoli grandi impedimenti che la malattia determina.

Nessun operatore od ospite si trovava alla quota "urbana" del complesso, così sceglievamo autonomamente di scendere al piano inferiore. Riconoscere e individuare gli ingressi non era stato così semplice ma l'unica struttura vetrata lasciava intendere che all'interno lo spazio si sviluppasse verso il basso. Entrando in questo piccolo edificio, emergente tra le piccole architetture rurali, ci immergevamo in uno spazio candido, luminoso e regolare, dove si iniziava a sentire un flebile mormorio provenire dal basso. Ci avviavamo quindi verso la piccola scala quando, attraverso la doppia altezza adiacente ad essa, ci accorgevamo della presenza di un gruppo di persone che "viveva" lo spazio, ognuno con le sue necessità, ognuno con la sua complessità. Alcuni erano seduti in carrozzina, alcuni girovagavano nella sala confrontandosi reciprocamente su argomenti che non riuscivamo a decifrare.

Un'operatrice ci accoglieva e ci lasciava per un attimo osservare il mondo che animava questo posto: una dimensione difficile ma serena, una realtà che, ad un primo sguardo, ci dava l'impressione di volersi nascondere dal mondo per ripararsi in un luogo protetto, sicuro. Ma la realtà era molto diversa. Bastava allungare lo sguardo verso le grandi vetrate che danno verso la valle per capire che la volontà dei progettisti era stata quella di offrire, a coloro che la malattia ha reso più fragili, un luogo unico, uno spazio insolito ma rassicurante, un luogo dove trovare rifugio e supporto in un periodo difficile della propria vita. In questo caso infatti, non erano solo i servizi offerti a supportare e facilitare le attività quotidiane degli ospiti, ma la stessa architettura, in collaborazione con lo spazio naturale e il paesaggio circostante, sembrava voler ricreare un contesto accogliente e rassicurante, un eremo moderno nato non per nascondersi, un luogo ove trovare aiuto e conforto.

IMMAGINE 25

Ipostudio Architetti, Residenza Sanitaria Assistita, Montemurlo- Prato, 2011. Vista del prospetto principale verso la città.

L'ampia stanza si apprestava a ospitare il momento del pranzo e gli ospiti iniziavano faticosamente a sistemarsi nei tavoli presenti, in modo libero e autonomo. La scelta di lasciare gli utenti liberi di godere del momento del ristoro aveva modificato i programmi della visita, conclusasi prima del previsto. Non avevamo potuto visitare e sperimentare gli spazi delle camere e quelli più privati ma, seppur visitando solamente la zona più pubblica del complesso, questa ci aveva trasmesso una sensazione positiva, di piena accoglienza.

Tornavamo quindi verso la quota superiore avvolti dall'intensità della luce estiva che penetrava attraverso le grandi vetrate perimetrali. Probabilmente, il giorno assolato aveva predisposto i nostri animi verso sensazioni positive poiché, pur avendo osservato le enormi difficoltà di persone la cui terribile malattia ne consuma quotidianamente buona parte delle capacità psico-fisiche, la sensazione era quella di aver partecipato ad un momento di vita comune, ma di estrema intensità. La quotidianità del rito del pranzo era, infatti, non solo una necessità, ma un momento di scambio e incontro per gli ospiti della struttura, un tempo da occupare con un'attività primaria che permetteva loro di dare un significato ad una piccola porzione della loro vita. La grande sala illuminata con le ampie visuali faceva da sfondo e supporto. La doppia parete con aperture irregolari esterne, affiancata da vetrate continue, caratterizzava lo spazio e rafforzava il rapporto con il paesaggio.

Risalendo, il panorama si stagliava nuovamente con forza davanti ai nostri occhi. Uscivamo dal blocco dei collegamenti per sostare ancora per un attimo nelle piccole piazze dell'insediamento posto alla quota d'accesso. Forse, nei giorni più freschi, le persone potevano sostare in questi piccoli ambiti 'urbani', rivivere una normalità, forse dimenticata, e godere della potenza della natura. Non era facile infatti concentrarsi su un'architettura come questa senza perdersi nella natura rassicurante da cui essa stessa sembrava originarsi e che, con quiete e silenzio, cercava di restituire a queste donne e questi uomini, una speranza e un futuro che la malattia cercava di cancellare.



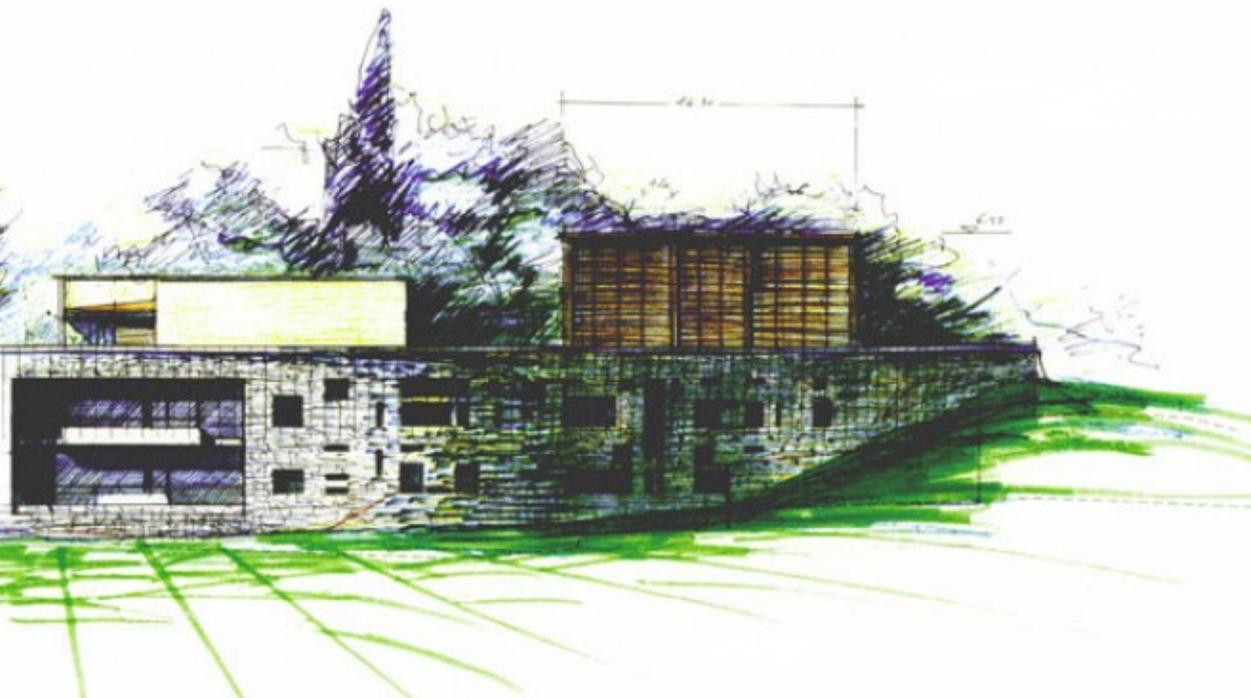
DATI TECNICO DESCRITTIVI

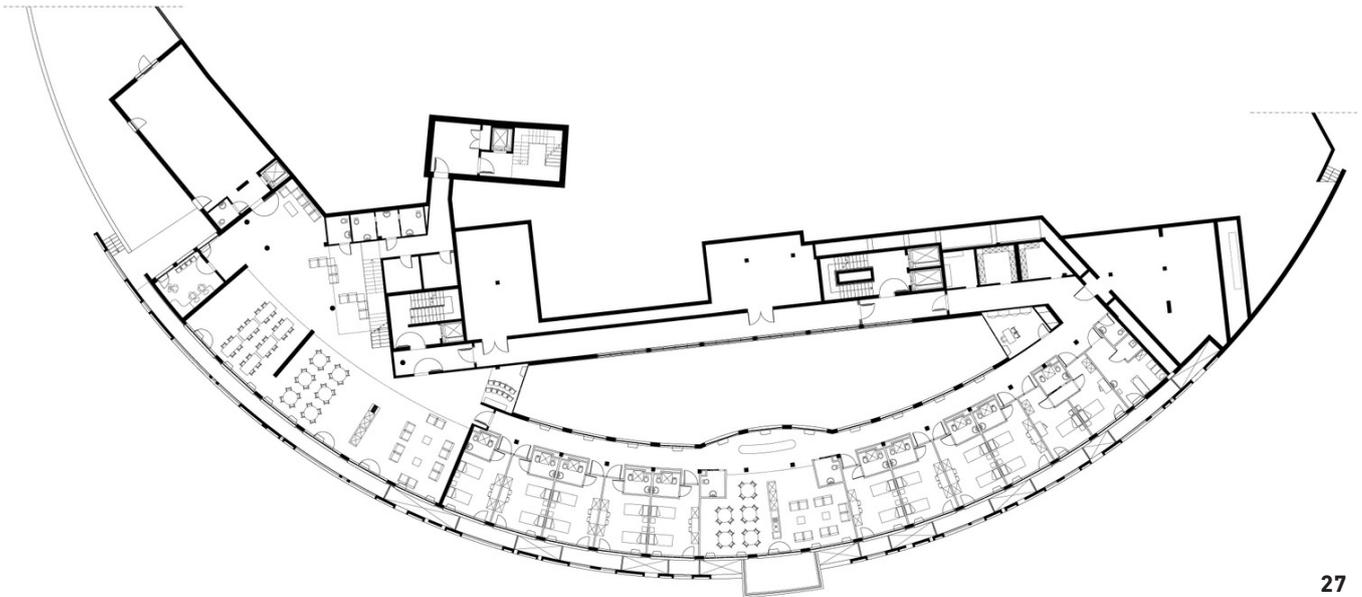
L'architettura si definisce nelle volumetrie del piccolo aggregato agricolo caratterizzato da un ampio cortile su cui si affacciano gli edifici rurali preesistenti insieme alle nuove volumetrie della Residenza Sanitaria Assistita "Cicignano". La necessità di intervenire integrando il particolare contesto ambientale con la specifica funzione sanitaria ha supportato la creazione di un organismo articolato in più elementi che si organizzano su di una "base" che costituisce la parte più importante dell'intero intervento. Questa struttura, che affaccia direttamente verso valle, segue le linee morbide dei terrazzamenti circostanti e costituisce l'edificio principale, articolato su due livelli, che ospita i sevizi e le funzioni residenziali del centro. Ad esso si giunge attraverso due blocchi in vetro e legno, riconoscibili tra le strutture preesistenti, che ospitano la hall e gli ingressi principali oltre alle connessioni verticali che permettono di raggiungere il primo livello ipogeo. Altri tre corpi trovano posto nell'aggregazione alla quota di campagna e ospitano i servizi amministrativi e le funzioni pubbliche direttamente accessibili anche da utenti e visitatori esterni. L'edificio ipogeo sfrutta l'andamento collinare del sito e addossandosi al terreno, sembra rimandare al senso di protezione che questi spazi intendono assicurare all'utenza fragile a cui si rivolgono. Le architetture sembrano emergere dal fondo stesso su cui sorgono attraverso un basamento, dal carattere stereotomico¹ e rivestito con la pietra locale, che sostiene strutturalmente e metaforicamente tutti gli edifici che si trovano al di sopra. La composizione suggerisce quindi un processo inverso, poiché, ciò che si trova al piano pubblico della piazza e sembra sistemarsi sul corpo di base, rappresenta, nella realtà, la preesistenza da cui si è avviato il processo progettuale.

¹ Le architetture stereotomiche rappresentano le strutture derivanti da un'operazione di scavo che permette di ricavare uno spazio interno. Nel caso della RSA di Montemurlo l'operazione di sottrazione di materia è simulata in quanto «il risultato che ne deriva non è di tipo processuale, la cavità proposta non proviene da uno scavo ma da una "ricercata composizione" architettonica». Per approfondire F. Iodice, *Cavità e limite*, Lettera Ventidue, Siracusa, Maggio 2015, pag. 37.

IMMAGINE 26

Ipostudio Architetti, Residenza Sanitaria Assistita, Montemurlo (PO), 2011. Schizzo di studio del prospetto principale.





27



28

IMMAGINI 27,28

Ipostudio Architetti, Residenza Sanitaria
Assistita, Montemurlo (PO), 2011. Pianta tipo e
prospetti principali

Il fronte maggiore segue un andamento curvo punteggiato da ampie bucatore che contraddistinguono il particolare ritmo di una facciata, fortemente materica, che si apre in corrispondenza di numerose bucatore disposte in ordine casuale e reinterpreta il sistema costruttivo dei muri a secco tramite una cortina in mattoni prelevati direttamente in sito. Questa parte, oltre a caratterizzare l'intero complesso, costituisce una sorta di diaframma, un elemento di protezione che si relaziona con una parete vetrata più interna, posta ad una distanza di 1.80mt. Lo spazio che risulta da questo doppio sistema permette alle stanze private di prolungare il proprio ambito personale verso l'esterno tramite piccoli balconi o per mezzo di ampie aperture che incorniciano il paesaggio e garantiscono la percezione del contesto esterno anche dagli ambienti più privati. Un'apertura centrale, più grande e regolare rispetto alle altre, individua le zone comuni dedicate alle attività collettive e di scambio.

Internamente, lo spazio si suddivide in due nuclei: il primo individua gli accessi principali e oltre all'area soggiorno destinata agli utenti e ai visitatori, ospita la mensa e i servizi accessori. Da questo ambiente si può poi raggiungere il nucleo più privato delle residenze dove una corte centrale taglia l'edificio in altezza e suddivide gli spazi di servizio da quelli di connessione verticale lasciando che le camere e la zona comune possano collocarsi nella parte affacciata verso valle, attraverso la doppia parete. I corridoi ruotano quindi intorno alla corte centrale e distribuiscono le camere in una configurazione a ventaglio che lascia in posizione baricentrica gli spazi collettivi.



IMMAGINE 29

Ipostudio Architetti, Residenza Sanitaria Assistita, Montemurlo (PO), 2011. Vista delle strutture preesistenti e dei nuovi volumi vetrati d'ingresso.

IMMAGINE 30

Ipostudio Architetti, Residenza Sanitaria Assistita, Montemurlo (PO), 2011. Doppia altezza interna di collegamento con gli ambienti ipogei.



CAPITOLO 4

CAPITOLO 4

SEMPLIFICARE LA COMPLESSITÀ

4.1 L'UOMO, LO SPAZIO E L'ARCHITETTURA SANITARIA

«Paragoniano [...] il sistema dell'inconscio a una grande anticamera, in cui gli impulsi psichici giostrano come singole entità. Comunica con questa anticamera una seconda stanza più stretta, una specie di salotto, in cui risiede anche la coscienza. Ma sulla soglia tra i due vani svolge le proprie mansioni un guardiano che esamina, censura i singoli impulsi psichici e non li ammette in salotto se non gli vanno a genio»¹.

Il testo "Interno Esterno. Sguardi psicoanalitici su architettura e urbanistica" propone una lettura parallela della disciplina architettonica e di quella psicoanalitica mettendo a confronto proprio lo spazio mentale con le caratteristiche fisiche dello spazio reale e lo stesso Freud, nel tentativo di descrivere il funzionamento della nostra coscienza, si serve di una metafora "architettonica"².

La stretta relazione tra lo spazio mentale e lo spazio esterno viene utilizzata da Freud per cercare, attraverso i suoi studi, di trovare la via per "entrare" nello spazio psichico umano e analizzare i rapporti che regolano l'equilibrio mentale di un soggetto. Uno spazio, quello psichico, difficile da scovare perché irreali, inesistente, invisibile, esso può essere valido però come metafora, derivante dal mondo reale, utile per capire il complesso insieme dei fenomeni psichici. Dal breve passo iniziale riportato, scaturisce la consapevolezza che gli spazi dell'anticamera e della camera siano molto di più di un insieme composto da quattro muri e due superfici orizzontali, e che, insieme all'elemento soglia, anch'esso ben diverso dall'essere una semplice porta da attraversare, rappresentino nella metafora

¹ S. Freud, *Introduzione alla psicoanalisi*, in C. Schinaia, *Interno Esterno. Sguardi psicoanalitici su architettura e urbanistica*, Alpes Italia, 2016, pag. 46.

² *Ibidem*.

Freudiana - così come nella realtà - dei contenitori, degli involucri destinati a contenere gli impulsi psichici o parallelamente, nel nostro caso, lo spazio architettonico. Anche Georges Perec, nel suo "Specie di Spazi", racconta la sua vita attraverso alcune brevi descrizioni di spazi che l'hanno caratterizzata, dallo spazio elementare del corpo agli spazi che hanno contraddistinto la sua esistenza di studioso, di viaggiatore, di uomo. Questi spazi non hanno una dimensione specifica, essi possono variare a tal punto da poter essere una camera o una nazione, un palazzo o un continente. Eppure, nonostante si tratti di un racconto di architetture, le numerose storie riportate da Perec non intendono elencare gli elementi di cui si componevano gli spazi che l'autore incontrò nella propria vita, ma esprimere la dimensione psicologica che egli aveva vissuto attraverso quegli spazi identificandoli in inconfondibili affetti, ricordi, emozioni e cicatrici. Nell'ultima parte del testo l'autore evidenzia il carattere instabile degli spazi, in netta contrapposizione con la durevolezza propria delle opere di architettura:

«I miei spazi sono fragili: il tempo li consumerà, li distruggerà: niente più somiglierà a quel che era, i miei ricordi mi tradiranno, l'oblio si infiltrerà nella mia memoria [...]. Come la sabbia scorre tra le dita, così fonde lo spazio. Il tempo lo porta via con sé e non me ne lascia che brandelli informi [...]»³.

Ma non solo psicologi e scrittori prendono in prestito metafore architettoniche per parlare di spazio personale o spazio mentale. Peter Zumthor⁴, premio Pritzker nel 2008, ci racconta le sue realizzazioni in alcuni saggi che racchiudono all'interno veri e propri racconti di vita. Non è possibile parlare di architettura tralasciando l'esperienza umana che si sperimenta all'interno; così come non è possibile parlare di spazio se non in relazione ad un corpo che lo esperisce. Zumthor sintetizza tutti questi fattori in atmosfere, vere e proprie categorie di bellezza. Ma la stretta connessione tra architettura e psicologia non si limita alla correlazione metaforico spaziale riguardante le relazioni tra uomo ed edificio, ovvero nell'intreccio tra architettura e vita.

Lo studio della percezione umana è necessario e inevitabile nella trattazione delle tematiche relative allo spazio in architettura poiché, a differenza delle arti - le quali si relazionano con gli individui provocando in loro sensazioni ed emozioni diverse lasciandoli comunque in una posizione esterna - l'architettura accoglie l'uomo all'interno del proprio corpo, della propria materia, lasciandosi attraversare. L'uomo diventa il recettore primario e la percezione dello spazio può essere considerata la misura che ci permette di valutare un'architettura. Per Merleau-Ponty infatti, l'uomo non dispone solamente del proprio corpo ma, attraverso di esso, riesce a fare esperienza dello spazio esterno, delle cose del mondo.⁵ In questo caso il corpo stesso viene considerato come uno spazio incarnato attraverso il quale misurare e percepire l'ambiente esterno. Uno spazio mentale, psicologico, che utilizza la metafora euclidea per descrivere lo spazio invisibile proprio di ogni essere sensibile. La "psicologia della percezione" interviene nello studio della modalità e della misura con cui gli spazi riescono a influenzare i comportamenti umani

³ G. Perec, *Specie di spazi*, Bollati Boringhieri Editore, Torino, Undicesima ristampa 2016, pag.110.

⁴ Peter Zumthor, architetto svizzero, autore di numerose opere caratterizzate da una forte ricerca materica e da una particolare sensibilità verso il contesto e le forme naturali. Tra le sue realizzazioni: Cappella di San Nicola de Flüe a Hof Scheidtweiler, Mechernich, Svizzera, 2007; Kunstmuseum Kolumba, Colonia, Germania, 2007; Bagni termali di Vals, Svizzera, 1996.

⁵ Vedi: C. Schinaia, *op. cit.* pag.43.



in relazione alle condizioni che regolano la percezione dell'ambiente da parte dell'uomo, ovvero come l'interazione tra l'uomo e l'ambiente arrivi ad attivare tutti i canali sensoriali. L'uomo è infatti parte integrante dell'ambiente e ne percepisce gli stimoli - di qualsiasi natura - come un insieme che determina una sensazione unitaria.⁶ Tali stimoli sono difficilmente misurabili e variano in modo consistente da soggetto a soggetto, pur mantenendo determinate caratteristiche che hanno condotto gli scienziati verso lo studio di un modello universale di riferimento. Ovviamente, la sperimentazione risulta assai complicata considerato che, uno stesso spazio, può risultare piacevole o totalmente spiacevole se sperimentato da persone con personalità diverse, preparazioni culturali molteplici, o anche semplicemente appartenenti a differenti fasi della propria vita o particolari stati d'animo: questi fattori possono influire in modo diverso sulle sensazioni che scaturiscono da un'architettura e contribuiscono ad accrescere le difficoltà di valutazione. È stato dimostrato, inoltre, che anche un singolo stimolo può attivare molteplici aree del cervello, alcune cosce e altre inconscie, ma sempre in continua reciproca connessione, differentemente posizionate e, quindi, estremamente difficili da esplorare. Tuttavia, attraverso numerosi studi neurologici, si è giunti alla definizione dei complessi processi che regolano il funzionamento cerebrale durante un'esperienza artistica o architettonica, svelando, in parte, il misterioso sistema di connessioni che governano il cervello umano.

IMMAGINI 1,2

Peter Zumthor, Cappella di Bruder Klaus, Colonia, (Germania), 2007. Vista dello spazio interno e del contesto esterno.

⁶ S. M. De Marco, *Psicologia e Architettura: studio multidisciplinare dell'ambiente*, Aletti Editore, Villanova di Guidonia (RM) 2014, pag.20.

Se l'uomo percepisce l'ambiente attraverso i sensi, il cervello si attiverà in modo simile ma specifico, a seconda della tipologia di attivazione sensoriale che viene posta in essere. Nel caso di una percezione visiva, le informazioni verranno trasmesse dall'apparato oculare fino alla estremità posteriore del cervello. La fase più interessante avviene proprio in questa zona, dove, aree cerebrali specializzate ricevono le informazioni sulla base di ciò che sono in grado di analizzare suddividendo le informazioni «[...]in categorie come linee, forme, colori e movimento [...]»⁷. In seguito a tali elaborazioni, apparati di ordine superiore si attivano per riconoscere gli oggetti, le forme, i volti, i corpi umani, ma anche edifici ed ambienti naturali. Lo spazio, il grande contenitore di elementi ed eventi che circonda ogni cosa, viene quindi "scomposto" e "rielaborato" all'interno del nostro spazio mentale, dando il via ad una serie di processi che si fanno sempre più complessi e specializzati qualunque sia la tipologia di stimolazione iniziale. Anche nel caso di uno stimolo uditivo o tattile - gli altri due sensi potenzialmente presenti quando si sperimenta un'architettura - il cervello attiva in modo successivo varie

⁷ H. F. Mallgrave, *L'empatia degli spazi. Architettura e neuroscienze*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2015, Pag.50.

IMMAGINE 3

W. E. Hill, *La moglie e la suocera*, in *Puck*, 1915. Figura ambivalente basata sul principio percettivo della relazione tra figura e sfondo.



3

IMMAGINE 4

A. Aalto, Saynatsalo Town Hall, Saynatsalo (Finlandia), 1951. Vista di un percorso interno in cui pavimentazione, pareti e soffitti seguono un principio di continuità formale che ne rende difficile l'immediata individuazione.



4

parti specializzate nella rielaborazione dei dati in base alla frequenza, ai toni e ai volumi, per poi passare alla codifica degli schemi armonici, melodici e ritmici e infine ricomporre il tutto nell'ultimo processo. Anche le stimolazioni tattili verranno analizzate - secondo temperatura, propriocezione, dolore, ecc. - in operazioni successive specifiche su varie parti del corpo. Tra le numerose teorie che nel tempo hanno affrontato il tema della percezione e della relazione tra uomo e ambiente, è in questo caso utile ricorrere agli assunti della Psicologia della Gestalt, i quali possono dimostrare come i caratteri presi in esame per l'analisi percettiva degli ambienti sono frequentemente, e in modo più o meno appropriato, utilizzati nel linguaggio teorico e tecnico con cui gli architetti sono soliti descrivere i propri progetti. In particolare, W. Metzger, psicologo tedesco vicino ai principi della *Gestalttheorie*, classifica le qualità di un oggetto distinguendole, tra le altre, in «*qualità strutturali [...] , qualità costitutive [...] qualità funzionali, le qualità delle relazioni causali, le proprietà che definiscono la natura degli oggetti, l'habitus e l'ethos [...]*»⁸. L'architettura, nell'accezione di oggetto architettonico, risponde a tali caratteristiche. Tuttavia, la complessità del rapporto osservatore/architettura non può esaurirsi nell'elenco delle qualità di un oggetto, poiché le connessioni modificano, a volte completamente, la loro natura al variare delle condizioni proprie di chi sperimenta uno spazio. Marco Sambin e Lucio Marcato aggiungono, nel loro testo 'Percezione e architettura', che «*Ci sono fatti percettivamente immediati e fatti che lo sono meno; vediamo in maniera episodica o globale, siamo attratti da una parte, poi da un'altra, poi dal tutto, poi da una parte; integriamo ciò che vediamo con ciò che abbiamo visto, con ciò che sappiamo, con ciò che ricordiamo; oscilliamo tra ciò che sta sotto i nostri occhi direttamente e ciò che ci viene riportato dalla nostra esperienza passata. L'oggetto è così complesso da richiedere una continua integrazione sia a livello percettivo che cognitivo, sia direttamente che attraverso la memoria*»⁹. La complessità formale di uno spazio permette quindi di arricchire il ventaglio di sensazioni percepibili dall'osservatore secondo un ordine imprevedibile e senza un apparente collegamento preordinato.

L'uomo dunque occupa, vive e si relaziona con l'ambiente circostante cercando di modificare e modellare lo spazio per renderlo il più possibile aderente alle proprie necessità. Lo spazio può essere considerato come un intorno, un'interazione tra un individuo e un luogo, la dimensione fisica che avvolge gli esseri umani e permette lo svolgersi delle azioni quotidiane. Secondo Bruno Zevi l'architettura è «*[...] una grande scultura scavata nel cui interno l'uomo penetra e cammina[...]. Essa "[...]non è solo arte, non è solo immagine di vita storica o di vita vissuta da noi e da altri; è anche e soprattutto l'ambiente, la scena ove la nostra vita si svolge*»¹⁰. L'architettura viene descritta come un grande contenitore di "spazio", un tramite che contribuisce a creare le relazioni tra l'uomo e l'ambiente e che «*[...]non deriva da una somma di larghezze, lunghezze e altezze degli elementi costruttivi che racchiudono lo spazio, ma proprio dal vuoto, dallo spazio racchiuso, dallo spazio interno in cui gli uomini camminano e vivono*»¹¹.

8 M. Bonnes, M. Bonaiuto, T. Lee, *Teorie in pratica per la Psicologia Ambientale*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2004, pag. 137.

9 M. Sambin, L. Marcato, *Percezione e Architettura*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 1999, Pag. 96-97.

10 B. Zevi, *Saper vedere l'architettura. Saggio sull'interpretazione spaziale in Architettura*, Giulio Einaudi Editore s.p.a., Torino 2009.

11 *Ivi*, pag. 22.

Qualsiasi spazio definito capace di accogliere al proprio interno elementi e fenomeni diversi può essere quindi considerato come spazio a sua volta racchiuso in un ambiente di dimensioni maggiori secondo una sequenza infinita di relazioni spaziali «[...]fra il vano di una stanza, il corpo d'un edificio, il contesto urbano in cui questo si colloca, la regione, il pianeta terra[...]».¹² Non è quindi possibile escludere dalla categoria di ambiente qualsiasi spazio racchiuso in cui si svolgano attività o, semplicemente, siano presenti oggetti, relazioni tra elementi, eventi, prescindendo dalla sua dimensione e dalla sua natura. Dal più piccolo angolo della nostra casa alla vastità dello spazio esterno, l'essere umano sperimenta in modo più o meno consapevole la relazione con lo spazio, specialmente con quello architettonico, il cui studio interessa tutte le scale della progettazione e influisce in maniera molto differente da individuo a individuo. In presenza di uno spazio sanitario, ovvero deputato al trattamento medico di patologie di varia natura, la relazione tra uomo e ambiente si complica ulteriormente. Questo accade perché il legame tra spazio e uomo si basa su un insieme di azioni e relazioni quotidiane codificate in un sistema di comportamenti che viene totalmente sconvolto nel momento in cui viene varcata la soglia di una struttura ospedaliera o socio sanitaria. Questi luoghi affiancano il difficile tormento di colui che deve condividere una parte del suo percorso di vita con una malattia, la quale, in base alla gravità, sarà capace di modificare completamente o in parte alcune abitudini e consuetudini della precedente vita reale. Ripercorrendo i principi della "prospettiva multi-luogo"¹³, l'architettura sanitaria può essere suddivisa in "luoghi", ossia elementi in reciproca relazione che a loro volta sono compresi in altri più ampi e ne comprendono ulteriori di minori dimensioni. Questi spazi possono comprendere la città di cui l'ospedale fa parte, o l'ospedale, da cui dipendono vari reparti, o i reparti stessi che si suddividono in varie funzioni specifiche, e così via. Tali suddivisioni rappresentano il modello per lo studio delle relazioni tra i vari luoghi attraverso l'approfondimento delle modalità di sperimentazione da parte dell'utenza. A questo proposito, le strutture di cura che caratterizzano la nostra epoca possono essere suddivise in tre ambiti principali, ovvero l'ingresso con gli spazi di transizione, i reparti e le aree di degenza. Le tre zone possono essere suddivise ulteriormente ma, in un'ottica di miglioramento delle caratteristiche architettoniche dei complessi sanitari, vengono spesso considerate entità indipendenti da organizzare sulla base delle necessità di un'utenza che varia la propria modalità di fruizione degli spazi a seconda dell'area in cui si trova e del ruolo che riveste.

Nella problematica condizione della sanità italiana, nonostante le numerose proposte di riorganizzare l'intero sistema a partire proprio dalle strutture che ospitano le attività sanitarie, la situazione rimane poco confortante. Attualmente le aziende non dispongono dei fondi necessari per un risanamento architettonico dei complessi in esercizio rimanendo ancorate a corpi edilizi carenti e non idonei agli standard attualmente richiesti, riflettendo tale condizione sulle utenze che quotidianamente si scontrano con tale realtà. Le molteplici attività svolte nell'ambiente sanitario coinvolgono tre principali categorie di utenti che, come abbiamo visto, si relazionano con lo spazio attraverso modalità nettamente differenti: i pazienti, i visitatori e gli operatori. I pazienti sono i principali fruitori degli spazi sanitari e coloro che risentono maggiormente della conformazione di

¹² M. Bonnes, M Bonaiuto, T. Lee, *op.cit.*, pag. 134.

¹³ Vedi: M. Bonnes, G. Secchiaroli, *Psicologia ambientale. Introduzione alla psicologia sociale e ambientale*, Carocci editore, Roma 1992.

tali luoghi. Privati della loro normalità e inseriti in un contesto estraneo governato da regole e comportamenti codificati, l'architettura rappresenta, per loro, lo sfondo di esperienze di «sofferenza, ansia, impotenza e dipendenza».¹⁴ In altre parole, ad affiancare la sofferenza psicofisica di tali individui, spesso si affianca una condizione ambientale completamente ostile, caratterizzata da configurazioni spaziali labirintiche, arredamenti improvvisati e impersonali, assenza di adeguata illuminazione naturale e da una diffusa atmosfera di dolore e sofferenza. Tali caratteristiche dipendono ovviamente dalle necessarie tecnologie di alta specializzazione medica e dai requisiti igienici propri di tali strutture, ma spesso finiscono per prevalere sulla dimensione umana dello spazio dando luogo ad architetture tiranniche e prive di identità. Le criticità fin qui riportate interessano l'utenza ma, inevitabilmente, anche la categoria degli operatori, cioè di coloro che quotidianamente utilizzano tali spazi in modo totalmente differente. Infatti, pur in presenza di conformazioni spaziali discutibili, il personale sanitario risente in maniera minore dell'inadeguatezza dell'ambiente avendo un ruolo attivo nelle prestazioni effettuate; la familiarità con il proprio luogo di lavoro e la possibilità di ricoprire un ruolo di gestione e coordinamento favoriscono in questo secondo gruppo «[...]un adattamento alle componenti negative del setting (e quindi una sostanziale insensibilità alle influenze negative del contesto sui pazienti)»¹⁵.

Un tema a parte riguarda la condizione dei visitatori. Essendo parzialmente coinvolti nelle dinamiche interne di un ospedale, tale categoria viene spesso poco considerata all'interno dei processi di progettazione. Al contrario, dato il forte coinvolgimento emotivo spesso connesso alla malattia di una persona cara e la fruizione prolungata, i visitatori rivestono un importante ruolo intermedio tra il paziente e l'operatore e sono coloro che si scontrano maggiormente con le caratteristiche dei sistemi di orientamento e *wayfinding*, l'accessibilità e la riconoscibilità urbana dell'architettura. Si può quindi affermare che lo spazio architettonico intrecci relazioni di diversa tipologia e livello con i propri fruitori sulla base del ruolo svolto e in relazione alla quantità di tempo trascorso al suo interno. Ne consegue che la progettazione degli ambienti sanitari debba basarsi su una flessibilità che possa accogliere le necessità molteplici dei vari gruppi di utenti che la popolano. Risulta tutt'ora estremamente difficile proporre soluzioni che possano influire positivamente e in modo estensivo sulle tipologie di utenza, ma un utile strumento di controllo e standardizzazione può essere la classificazione dei bisogni in relazione a tre caratteristiche fondamentali:

- la familiarità con il contesto, e quindi la differenziazione tra tipologie di fruitori (utenti, operatori);
- il ruolo, ovvero la possibilità di partecipare attivamente alle attività (operatori) o rivestire una posizione di passività e dipendenza (utente, visitatore);
- il pattern di durata temporale, legato alla quantità di tempo vissuto all'interno della struttura (breve o lungo termine).¹⁶

14 M. Bonaiuto, E. Bilotta, F. Fornara, *Che cos'è la Psicologia Architettonica*, Carocci editore, Roma 2004, pag. 58.

15 *Ivi*, pag.64.

16 *Ibidem*.

4.2 ETEROGENEITÀ DELLE FORME DI ASSISTENZA E SPECIFICITÀ DEI LINGUAGGI E DELLE MORFOLOGIE ARCHITETTONICHE

La tesi prende in esame la progettazione delle architetture sanitarie ovvero i processi di ideazione e composizione di strutture destinate ad ospitare attività di assistenza e cura, compresi i servizi di diagnostica e di riabilitazione. Oltre alle suddette strutture, sono stati inseriti, nella trattazione, i luoghi destinati ad accogliere e ad assistere pazienti non autosufficienti in regime temporaneo (diurno) e/o permanente (residenziale). Nonostante la difficoltà di organizzare le numerose architetture rispondenti alle precedenti funzioni secondo criteri oggettivi, si è scelto di trattare in un unico approfondimento tutti gli ambienti che necessitano di un linguaggio architettonico capace di supportare il processo di guarigione, di riabilitazione o, più semplicemente, di condurre il personale coinvolto verso una più fluida conduzione delle attività quotidiane. La caratteristica comune a tutte le funzioni sopraelencate, infatti, non è una specifica tipologia architettonica di riferimento o l'insieme delle attività ospitate, ma l'utenza, ovvero il gruppo eterogeneo di individui che, in modalità differenti, si trova ad affrontare patologie più o meno invalidanti per un periodo di tempo variabile o indeterminato. Tale condizione determina uno stato di sofferenza e di stress che l'ambiente fisico può aumentare o mitigare a seconda della specifica conformazione assunta.

Le strutture sanitarie comunemente diffuse sul territorio italiano rappresentano un insieme complesso di architetture, funzioni e organizzazioni. Tra le più rappresentative si possono citare gli ospedali generici, i centri per la riabilitazione e la lungodegenza, gli ospedali per bambini, le strutture psichiatriche, i centri ambulatoriali, le case famiglia, le residenze socio-assistenziali per anziani: luoghi complessi che, nei paragrafi successivi, verranno descritti interpretando la legislazione vigente in materia sanitaria. L'alto numero di strutture differenti per funzioni, obiettivi terapeutici e conformazione spaziale, ha nel tempo generato un intricato sistema di norme e prescrizioni, una condizione di criticità, caratteristica della sanità italiana ma riconoscibile anche in altri paesi europei con sistemi sanitari simili, e una contemporanea mancanza di reali prospettive di miglioramento nella gestione e nella progettazione delle architetture sanitarie. Tuttavia, il tema dell'adeguamento architettonico e dell'efficienza delle strutture mediche rimane uno dei principali problemi del SSN, in netta contrapposizione con l'aumentare della sensibilità collettiva verso i diritti, i bisogni e i desideri dell'individuo e, soprattutto, del "paziente". Questa realtà rappresenta uno scenario che, come detto in apertura, misura la cultura civile di un paese oltre a individuare una tematica che coinvolge il campo scientifico ma anche sociale, economico e politico. Affrontare questi temi è quindi oggi più che mai attuale e necessario per combattere un immobilismo e una rinuncia, per contrastare un'idea di un'architettura debole e arrendevole non più ammissibile. Stephen Verderber¹ parla così nel suo compendio sull'architettura ospedaliera:

«È una reazione alla paura, all'incertezza e alla mancanza di controllo che così

¹ Stephen Verderber è un architetto statunitense, Professore presso la School of Architecture e presso il Dipartimento di Scienze della salute pubblica presso la Clemson University. È autore di numerose ricerche e pubblicazioni sul tema dell'architettura ospedaliera e sulla relazione tra salute pubblica e città. Tra i testi utili ad un approfondimento delle tematiche sanitarie si consigliano: *Healthcare Architecture in an Era of Radical Transformation* (2010), *Compassion in Architecture: Evidence-based Design for Health in Louisiana* (2005), *Innovations in Hospice Architecture* (2003).

spesso avviene nella mente del paziente. È una reazione contro il loro isolamento, emarginazione e destituzione. È una reazione contro qualsiasi sistema o politica che cerchi di isolare il paziente da amici, familiari, persone care o comunità durante il ricovero in ospedale. Essere ricoverati, per la maggior parte, è un momento spartiacque nella propria vita. Spesso è un momento di crisi. È la perdita del controllo sulla propria vita e su chi sta intorno a sé. L'ambiente architettonico non deve essere un'ulteriore fonte di stress o aumentare la sensazione di assenza di controllo. L'architettura può e deve fornire supporto terapeutico e curativo in questo momento critico»².

L'interpretazione di Verderber risulta interessante in quanto il suo lavoro di ricerca si concentra sull'organismo ospedale considerandolo come un insieme di ambienti e spazi, «[...] è un tipo di edificio complesso e contraddittorio, un sistema di sistemi. È una densa aggregazione di persone, attrezzature e forniture. Non esiste una definizione che riassume sinteticamente i molti tipi di ospedali, né i loro diversi contesti geografici, le popolazioni servite o i determinanti culturali che li modellano e li rimodellano continuamente»³.

Ne deriva quindi l'impossibilità di definire un linguaggio architettonico che possa esprimere in maniera efficace e completa il molteplice apparato che identifica i servizi sanitari che un sistema contemporaneo si trova a offrire. Per una maggiore corrispondenza tra spazio architettonico ed esigenze di umanizzazione correlate alla tipologia di servizi erogati, si è scelto di organizzare la ricerca secondo una possibile suddivisione tra strutture complesse ad alta intensità, strutture ambulatoriali a fruizione discontinua e media intensità e strutture sociali per l'assistenza e la cura a bassa intensità.⁴ Ognuna di queste strutture richiede una progettazione specifica per rispondere al peculiare quadro esigenziale degli utenti coinvolti dai servizi sanitari; nello specifico:

STRUTTURE COMPLESSE AD ALTA INTENSITÀ

SERVIZI - Richiedono un alto grado di specializzazione tecnologica per la diagnosi e la cura di pazienti affetti da patologie complesse o per rispondere alla richiesta di assistenza in condizioni di emergenza. Accanto ai suddetti servizi, tali strutture si compongono anche di aree destinate ad attività di media e bassa intensità (degenza e riabilitazione) e spazi dedicati alla formazione.

MORFOLOGIA - Tali strutture presentano spesso conformazioni volumetriche di

2 S. Verderber, *Innovations in Hospital Architecture*, Routledge, 2010, pag. 233. Traduzione dell'autore. Testo originale: «It is a reaction to the fear, uncertainty, and lack of control that so often is in the mind of the patient. It is a reaction against their isolation, marginalization, and dismissal. It is a reaction against any system or policy that would seek to isolate the patient from one's friends, family, loved ones, or community during hospitalization. Being hospitalized for most is a watershed moment in one's life. It is often a time of crisis. It is the loss of control over one's life and of those around oneself. The architectural environment must not be an additional source of stress or add to the feeling of being out of control. Architecture can and must provide therapeutic and curative support at this most critical of times(...)»

3 Ivi, pag 231.

4 Tale suddivisione deriva dalla classificazione regolamentata dal D.P.R. 14/01/1997 "Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private". Le strutture vengono divise in gruppi omogenei sulla base della « *tipologia delle prestazioni contemplate dai livelli di assistenza*: a) strutture che erogano prestazioni in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo e/o diurno per acuti; b) strutture che erogano prestazioni di assistenza specialistica in regime ambulatoriale, ivi comprese quelle riabilitative, di diagnostica strumentale e di laboratorio; c) strutture che erogano prestazioni in regime residenziale, a ciclo continuativo e/o diurno ».



IMMAGINE 5
Ospedale Colletta di Arenzano, Genova 1980.
Vista d'insieme.

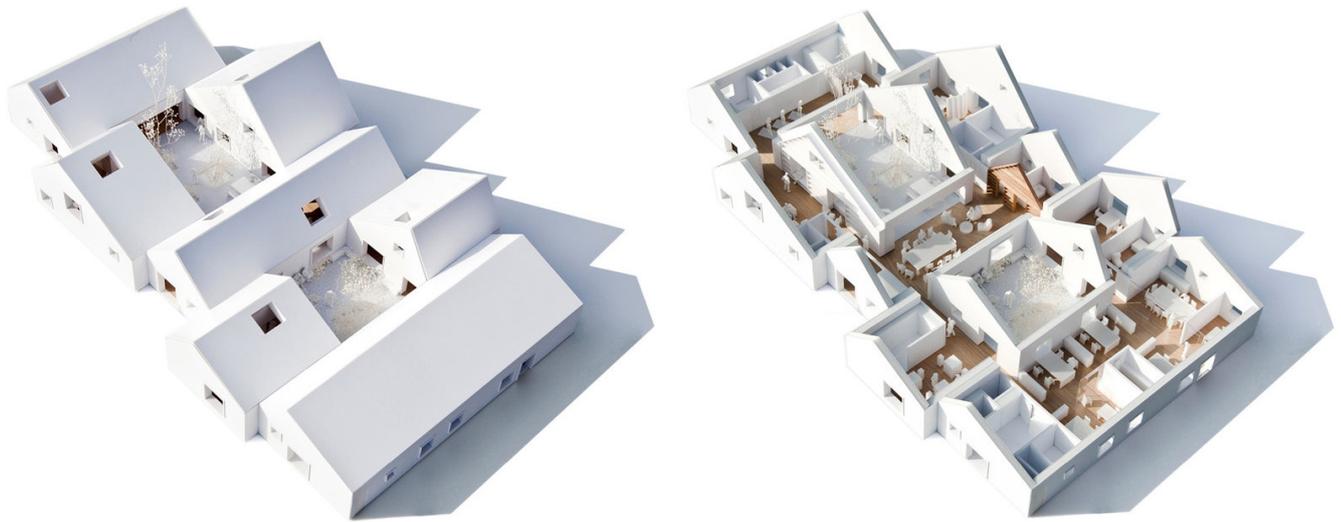
stampo razionalista in cui i parametri principali da soddisfare sono *l'igiene, la disinfezione e l'asetticità*.⁵ La qualità architettonica è stata nel tempo considerata come un fattore secondario a cui riservare un ruolo accessorio. Validi esempi di tale consuetudine sono i tanti organismi introversi situati in tutto il territorio italiano, spesso isolati rispetto al contesto urbano e territoriale, dal marcato carattere istituzionale. Infatti, la grande dimensione di questi complessi induce l'utente ad assumere un atteggiamento di soggezione sentendosi coinvolto in uno spazio sconosciuto governato da rigidi e impersonali protocolli medici. Le tipologie del passato (monoblocco, poliblocco, a padiglione, a torre, ecc.) risultano ancora oggi le configurazioni più diffuse in un patrimonio edilizio storico, talvolta di qualità architettonica apprezzabile, ma spesso inadeguato agli standard sanitari attuali. Linee di ricerca contemporanee tendono a rifiutare l'immagine dell'ospedale come luogo asettico e inflessibile per ricreare ambienti accoglienti capaci di distinguere le configurazioni adatte alle aree che necessitano di un importante apparato tecnologico da quelle destinate ad attività di media e bassa intensità.

STRUTTURE AMBULATORIALI A FRUIZIONE DISCONTINUA E MEDIA INTENSITÀ

SERVIZI - Si occupano di assistere principalmente pazienti con patologie croniche, permanenti e/o mentali e psichiatriche che necessitano di periodi di cura alternati a periodi di *follow-up*. Le attività svolte in questa tipologia di strutture sono sia di tipo diagnostico-terapeutico che assistenziale-riabilitativo.

MORFOLOGIA - In questa tipologia rivestono un ruolo di particolare importanza gli ambiti dedicati alle "prime visite" e gli spazi ambulatoriali. I due settori, infatti, rappresentano, l'uno, il primo approccio con la struttura medica (e il luogo in cui

⁵ S. Marsicano (a cura di), *Abitare la cura. Riflessioni sull'architettura istituzionale*, Franco Angeli Editore, Milano, 2002, pag.26.



6

viene comunicata la diagnosi), l'altro, l'ambiente che il paziente dovrà frequentare a intervalli più o meno variabili. Tali ambienti riprendono quindi delle linee rassicuranti e regolari in cui sia possibile percepire un certo grado di 'privatezza' dove giungere gradualmente attraversando gli spazi pubblici dell'ingresso e delle percorrenze interne. Colori neutri e un'articolazione riconoscibile dello spazio, associati alla possibilità di osservare spazi esterni (possibilmente paesaggi naturali o verde attrezzato), individuano alcune delle caratteristiche auspicabili di ambulatori e studi medici. L'immagine esterna dell'architettura non riconduce all'austerità e al rigore dei complessi ad alta intensità ma, grazie anche alle dimensioni più ridotte e ad una maggiore assiduità delle visite, l'ambiente assume una connotazione maggiormente familiare e rassicurante. Attualmente, le strutture ambulatoriali, i centri diurni e i *day hospital* sono spesso ospitati direttamente all'interno delle stesse strutture ospedaliere ereditandone le problematiche tipiche dell'edilizia sanitaria. Tuttavia, è talvolta possibile riscontrare una particolare attenzione nella progettazione degli spazi interni da destinare alle attività sopraelencate.

IMMAGINE 6

Studio EFFEKT, centro oncologico ambulatoriale Livsrum, Copenhagen (Danimarca), 2013.

STRUTTURE SOCIALI PER L'ASSISTENZA E LA CURA A BASSA INTENSITÀ

SERVIZI - Offrono un servizio di assistenza e cura destinata a coloro che soffrono di patologie invalidanti, i quali, non essendo più autonomi, necessitano di un'assistenza più o meno intensa per lo svolgimento delle attività quotidiane. Tali centri si riferiscono spesso ad anziani portatori di gravi handicap fisici o neurologici, pazienti con difficoltà psicologiche e psichiatriche o utenti in cura per il trattamento di dipendenze. L'assistenza del personale può essere di tipo infermieristico o socio-sanitario e riguarda le attività di cura personale, i programmi terapeutici e di riabilitazione.

MORFOLOGIA - L'organizzazione spaziale dei centri socio assistenziali prevede la progettazione di ambienti protesici, ovvero spazi di supporto fisico destinati a facilitare le attività quotidiane del paziente. L'architettura quindi assume un ruolo importante nella predisposizione delle attività terapeutiche del paziente e fa riferimento a forme riconducibili allo spazio residenziale e fortemente personalizzabili.

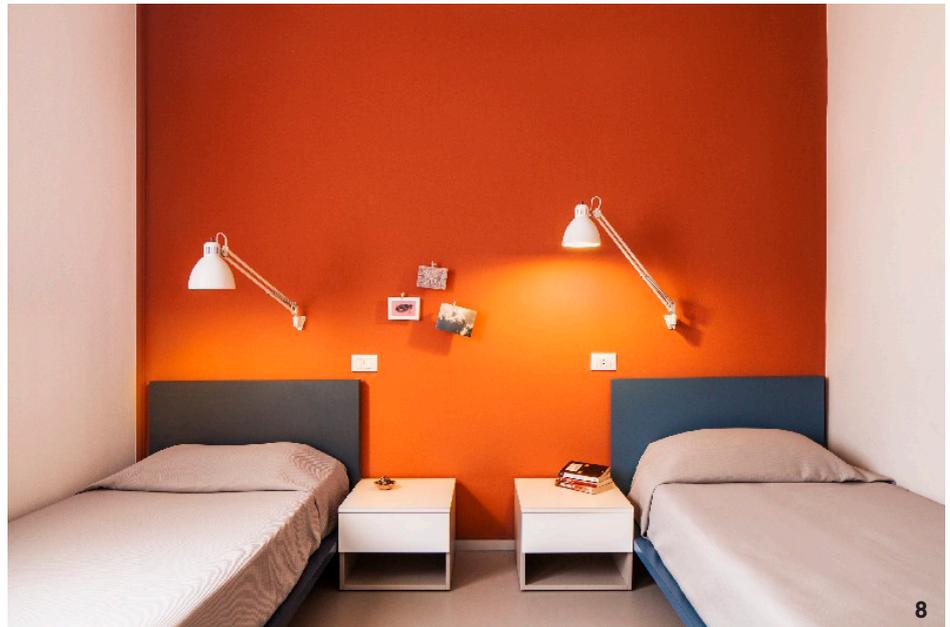


IMMAGINE 7

Arbau Studio, centro socio sanitario *Soranzo*, Tessera (VE), 2015. Vista sull'ingresso di un padiglione.

IMMAGINE 8

Arbau Studio, centro socio sanitario *Soranzo*, Tessera (VE), 2015. Vista di una camera doppia.



A fronte di un insieme di obiettivi comuni, si assiste quindi ad un'architettura fortemente variabile in funzione delle attività prevalenti interne ai sistemi sanitari accolti. Anche la regolamentazione in materia di progettazione sanitaria risulta fortemente frammentata e se per gli ospedali e le strutture ad alta complessità esistono regolamentazioni rigide, per le strutture di assistenza sociale o sanitaria di bassa intensità la legislazione appare ancora piuttosto deficitaria. Nel paragrafo successivo si tenterà di esprimere sinteticamente alcuni dei passaggi principali della legislazione relativa all'organizzazione delle strutture sanitarie.

4.2.1 TIPOLOGIE ORGANIZZATIVE E REQUISITI PRESTAZIONALI

Come precedentemente descritto, il SSN italiano si compone di una rete di strutture con differenti funzioni che ricoprono l'intero territorio nazionale. Le strutture pubbliche determinano il funzionamento del SSN e si affiancano a un numero crescente di strutture private che, spesso, operano in convenzione con il servizio pubblico; tale complessa realtà si riflette in un sistema legislativo che governa il funzionamento dei servizi.

Il riferimento principale che ha condotto verso l'organizzazione odierna è sicuramente la riforma del 1992, quando, per dare una risposta alle difficoltà economiche di un sistema non più sostenibile, sono stati fissati obiettivi orientati alla aziendalizzazione dei complessi sanitari. In particolare, la Legge 502/92 prevedeva tre disposizioni principali: il primo passo verso la nuova organizzazione basata sul modello aziendale della sanità pubblica; la suddivisione delle competenze tra stato e regione in materia di salute; l'istituzione dei distretti come organizzazioni costituenti le Unità Sanitarie Locali (USL, che assicurano servizi di assistenza primaria relativi ad attività sanitarie e sociosanitarie) in associazione ai Dipartimenti di Prevenzione e alle Aziende Ospedaliere di rilevanza nazionale e interregionale.¹ Solo nel 1999 attraverso il Decreto Legislativo 229/99 si completa il processo di aziendalizzazione del SSN con un rafforzamento dei poteri di competenza regionale e una modifica sostanziale della stessa denominazione dei servizi, passati da USL a Aziende Sanitarie Locali (ASL).

Allo stato attuale, l'intero SSN è suddiviso in Aziende Sanitarie Locali (ASL) e Aziende Ospedaliere (AO). Le ASL corrispondono alla rete di servizi che servono un determinato territorio, solitamente corrispondente agli ambiti provinciali, godono di un'autonomia giuridica e rappresentano il riferimento principale per i cittadini in merito a prestazioni mediche o socio sanitarie. Le AO sono, invece, organizzazioni che rappresentano i poli di rilevanza nazionale e, seppur godano di un'autonomia giuridica, a differenza delle ASL, non individuano una rete di servizi, bensì poli specialistici privi di un'utenza territoriale di riferimento. Entrambe le strutture organizzative statali ritrovano nell'ospedale per utenti affetti da patologie in forme acute, la struttura centrale, direttamente connessa o meno, a una serie di distaccamenti territoriali che mirano ad assicurare il diritto alla salute alla popolazione diffusa sull'intero territorio nazionale.

¹ DECRETO LEGISLATIVO 30 dicembre 1992, n. 502. Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della L. 23 ottobre 1992, n. 421. Il Decreto rappresenta la prima importante revisione del SSN istituito con la Legge 833/78 in quanto rappresenta l'avvio del processo che ha portato alla definitiva modifica del sistema organizzativo del SSN. Le criticità organizzative ed economiche evidenziate in seguito al rapido sviluppo della scienza medica resero necessario un nuovo modello basato sulla efficacia e sull'efficienza in grado di limitare la spesa sostenuta e garantire una omogeneità di servizi offerti sul territorio. Tra le più importanti novità vi fu quella della regionalizzazione dei servizi, aspetto fortemente discusso che ha provocato un miglioramento organizzativo contemporaneamente ad una disomogeneità territoriale ancora presente: «*Spettano in particolare alle regioni la determinazione dei principi sull'organizzazione dei servizi e sull'attività destinata alla tutela della salute e dei criteri di finanziamento delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere, le attività di indirizzo tecnico, promozione e supporto nei confronti delle predette unità sanitarie locali ed aziende, anche in relazione al controllo di gestione e alla valutazione della qualità delle prestazioni sanitarie (Così sostituito dall'art. 3, d.lgs. 517/1993)*».

Tuttavia, l'ospedale, pur essendo il luogo di cura per eccellenza, si divide a sua volta in sottosistemi:

- **ALTA FORMAZIONE E RICERCA SCIENTIFICA**

POLICLINICI UNIVERSITARI

ISTITUTI DI RICOVERO E CURA A CARATTERE SCIENTIFICO

- **CENTRI DI ECCELLENZA**

OSPEDALI DI RILEVANZA NAZIONALE

- **OSPEDALITÀ GENERALI**

OSPEDALI CLASSIFICATI (solitamente affidati a enti religiosi)

OSPEDALI PRIVATI

OSPEDALI PUBBLICI DI BASE

L'eterogeneità delle strutture ospedaliere diffuse sul territorio dipende quindi dal tipo di organizzazione e dalla tipologia dei servizi erogati. Accanto a questi complessi, le ASL coordinano un'elevata quantità di servizi sanitari e socio assistenziali assicurando, nello specifico, l'assistenza primaria, il coordinamento dei medici generali e dei pediatri di libera scelta, l'erogazione delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, l'assistenza specialistica ambulatoriale, le attività e i servizi per la prevenzione e la cura delle tossicodipendenze, le attività e i servizi consultoriali per la tutela della salute dell'infanzia, della donna e della famiglia, attività e servizi rivolti a disabili e anziani, attività e servizi di assistenza domiciliare integrata, attività e servizi per le patologie da HIV e per le patologie terminali. Si aggiungono a questa lista le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale - attività finalizzate alla prevenzione e alla promozione della salute e al superamento degli esiti invalidanti di patologie congenite o acquisite - e le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria - con la finalità di assistere la persona in stato di bisogno a causa di disabilità o fenomeni di emarginazione.²

Il quadro sintetico dell'organizzazione del SSN italiano è di fondamentale importanza per comprendere l'articolato insieme di architetture che ospitano tali servizi. L'alta specializzazione tecnologica che caratterizza gli ospedali di qualunque categoria, ma in particolare quelli orientati alla ricerca e quelli di rilevanza nazionale, ha determinato negli anni una continua ricerca della tipologia architettonica più appropriata. Analogamente, le strutture di assistenza e riabilitazione hanno raggiunto la conformazione e la rilevanza territoriale attuale grazie a una serie di trasformazioni sociali e sanitarie, direttamente collegate all'evoluzione del concetto di salute.³

Una generica suddivisione delle strutture attualmente esistenti sul territorio italiano può essere effettuata sulla base del Decreto del Commissario ad Acta

² Per approfondire il tema dell'organizzazione delle strutture sanitarie diffuse sul territorio italiano vedi F. Terranova (a cura di), *Edilizia per la Sanità. Ospedali, presidi medici e ambulatoriali, strutture in regime residenziale*, UTET scienze tecniche, Torino, 2005, pag.13.

³ Vedi: Cap.1, pag. 27.

(delibera del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010) n.U0008 del 10/02/2011 riguardante i 'Requisiti minimi autorizzativi per l'esercizio delle attività sanitarie e socio-sanitarie', riportati nella TABELLA 1 (pag.30).

Le indicazioni riportate e i requisiti minimi autorizzativi per l'esercizio delle attività sanitarie e socio-sanitarie rappresentano un'indicazione generale, di massima, ma estremamente utile per i progettisti. L'architettura, infatti, prende forma nel momento in cui i prerequisiti riescono ad essere trasferiti in schemi funzionali ed elaborati metaprogettuali che rappresentano «[...] la traduzione del quadro esigenziale in indicazioni tecniche per la progettazione»⁴.

Il programma edilizio che ne scaturisce rappresenta il primo passaggio necessario per impostare una progettazione adeguata agli ambiziosi obiettivi che si prefigge l'architettura per la salute ma, attualmente, caratterizzata da una generale insoddisfazione legata alle difficoltà di natura economica, geografica e correlata alle lunghe liste di attesa per prestazioni sanitarie spesso non differibili. Nonostante il SSN italiano rappresenti un esempio di accoglienza diffusa ed integrazione, la percentuale di utenti insoddisfatti supera la media europea di riferimento lasciando emergere profonde differenze in base alla condizione sociale ed economica dei soggetti intervistati.⁵

4 F. Terranova (a cura di), *op. cit.*, pag.33.

5 Per approfondire: OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, *Italia: Profilo della sanità 2017, State of Health in the EU*, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels, 2017. URL https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/chp_it_italy.pdf (Ultima consultazione 05/03/2019)

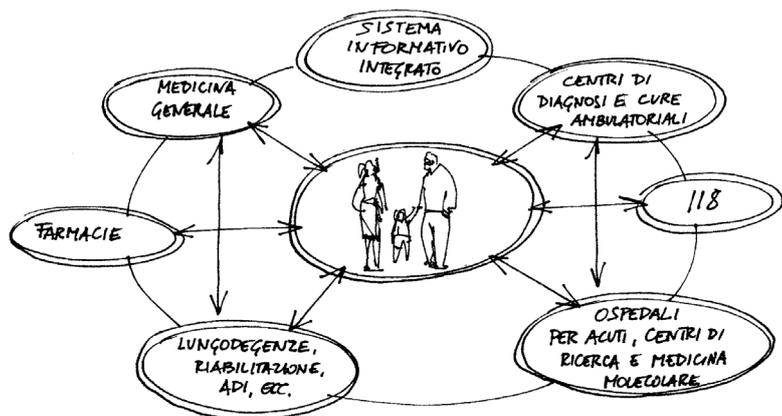
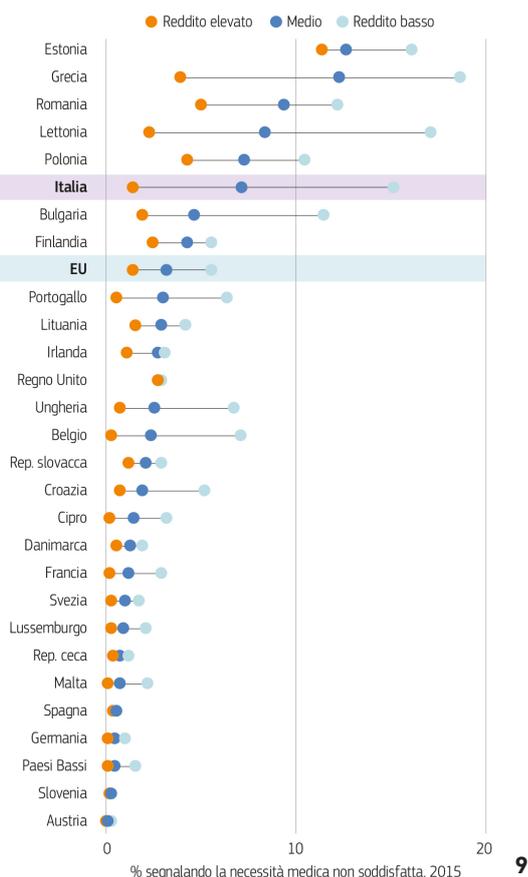


IMMAGINE 9

Dati relativi alla "percentuale di utenti insoddisfatti dei servizi sanitari erogati" suddivisi per fascia di reddito (anno di riferimento 2015).

IMMAGINE 10

Schematizzazione delle differenti tipologie di servizi sanitari presenti sul territorio italiano.

TABELLA 1

Disposizioni in materia di autorizzazione a modifica ed integrazione del DCA 8/2011 "Requisiti minimi autorizzativi per l'esercizio delle attività sanitarie e socio-sanitarie"

• STRUTTURE CHE EROGANO PRESTAZIONI IN REGIME DI RICOVERO OSPEDALIERO A CICLO CONTINUATIVO E DIURNO PER ACUZIE

Comprendono gli ospedali e tutte le attività ad essi connesse.

Accettazione;

degenza;

locali di soggiorno ed attesa;

direzione sanitaria e amministrativa;

servizi per il pubblico ed i ricoverati;

servizio di diagnostica per immagini laboratorio di analisi chimico cliniche;

emoteca;

assistenza religiosa e relativi locali;

servizio farmaceutico;

reparto operatorio (ove richiesto dalla tipologia);

blocco parto e nursery (ove richiesto dalla tipologia);

locale per il medico di guardia;

servizio di anestesia-rianimazione, ove nella struttura si espliciti attività chirurgica e/o indagini di diagnostica e terapia per immagini;

servizio di sterilizzazione;

servizi di lavanderia, cucina e dispensa, guardaroba, disinfezione e disinfestazione;

servizi di sterilizzazione;

servizio mortuario;

servizi per il personale;

spazi attrezzati per le centrali tecnologiche: termica, idrica, elettrica, telefonica, trattamento rifiuti, ecc..

• STRUTTURE CHE EROGANO PRESTAZIONI IN REGIME DI RICOVERO OSPEDALIERO A CICLO CONTINUATIVO E/O DIURNO PER POST-ACUZIE

Lungodegenza;

recupero e riabilitazione funzionale;

day hospital riabilitativo;

alte specialita' riabilitative (centro spinale, unità di neuroriabilitazione ad alta intensità, ecc).

- **STRUTTURE CHE EROGANO PRESTAZIONI DI ASSISTENZA SPECIALISTICA IN REGIME AMBULATORIALE**

Definiscono quei luoghi in cui vengono svolte attività di prevenzione, diagnosi terapia e riabilitazione dei casi clinici che non necessitano di regimi di ricovero. Tali attività possono essere svolte in spazi intraospedalieri o extraospedalieri collocati presso i presidi territoriali.

Presidi di laboratorio e di diagnostica per immagini;
presidio di recupero e riabilitazione funzionale;
trattamenti per persone con disabilità fisica, psichica o sensoriale o con disturbo da uso di sostanza;
presidi di dialisi;
strutture che erogano prestazioni di procreazione medicalmente assistita.

- **STRUTTURE CHE EROGANO PRESTAZIONI IN REGIME RESIDENZIALE E SEMIRESIDENZIALE**

Fanno parte di questo gruppo tutte le strutture ad indirizzo assistenziale caratterizzate da attività di supporto riabilitazione e reinserimento sociale di individui svantaggiati. La popolazione di riferimento comprende persone con disabilità, anziani, utenze con particolari fragilità (orfani o bambini con famiglie problematiche) e malati terminali.

Residenze Sanitarie Assistenziali (r.s.a.);
strutture residenziali psichiatriche, centri diurni psichiatrici e day hospital psichiatrici;
centri residenziali per cure palliative (hospice);
case alloggio per persone con hiv e/o aids;
strutture per la cura e riabilitazione delle persone in stato di dipendenza;
ospedale di comunità;
centro diurno terapeutico per l'età pre-scolare;
centro diurno terapeutico età' adolescenziale;
strutture residenziali terapeutico-riabilitative per adolescenti - s.r.t.r.;
struttura residenziale per il trattamento dei disturbi del comportamento alimentare e obesità;
centro diurno per il trattamento dei disturbi del comportamento alimentare e obesità.

- **CASE DELLA SALUTE**
- **STRUTTURE CHE EROGANO SERVIZI PER IL TRASPORTO INFERMI**
- **CENTRO NASCITA O CASA MATERNITÀ**
- **STABILIMENTI TERMALI**

4.3 IL SUPERAMENTO DEI MODELLI

L'ampio apparato di classificazione ha contribuito alla specializzazione della progettazione in ambito sanitario, una materia complessa destinata ad ancorarsi a un sistema statico di tipologie di architetture e di spazi, finendo spesso per tralasciare necessità, bisogni e funzioni nel tempo mutevoli. I modelli di riferimento sono diventati una sorta di indicazione generale che ha guidato l'edificazione di strutture sanitarie, in particolare ospedali, in assenza di una normativa tecnica di coordinamento nazionale e regionale in grado di garantire una visione complessiva delle strutture costituenti la rete del SSN. I modelli che hanno caratterizzato i sistemi sanitari fino alla prima metà del secolo scorso, sono stati quelli riconducibili alle architetture a padiglione, monoblocco, poli-blocco, a piastra e a torre (se si escludono da questa riflessione le strutture socio assistenziali nate in seguito a una specializzazione delle attività sanitarie che, dal punto di vista normativo, arrivò solo in seguito alla Legge n°132 del 1968).

Le tipologie hanno contribuito certamente alla risoluzione di numerose problematiche mediche e logistiche (diminuzione delle infezioni in seguito alla suddivisione in padiglioni dei reparti, migliore organizzazione del lavoro grazie all'inserimento di locali riservati agli operatori, ecc.) ma, in quanto sistemi statici solo parzialmente modificabili, le tipologie sono nel tempo diventate delle sovrastrutture inflessibili, spesso coercitive nei confronti del progettista. In una visione attuale, il SSN, in quanto sistema dinamico, necessita non più di modelli prestabiliti e trasferibili, ma di programmi in costante evoluzione. Certamente, tale definizione non permette di tradurre facilmente le esigenze contemporanee in forme architettoniche, in spazi destinati allo svolgimento delle attività mediche e complementari, ma ci suggerisce una soluzione che non riguarda solo lo spazio come esito formale, ma lo spazio come sistema di funzioni e flussi.

«Gli studi sulla tipologia si devono confrontare con il passaggio in atto che sta vivendo l'ospedale oggi, e cioè il passaggio da una organizzazione spaziale che vedeva al suo centro la degenza ad una organizzazione spaziale che risponde a esigenze di sviluppo nella innovazione diagnostica e medico-chirurgica. A tale proposito forse non ha più senso parlare di tipologia secondo l'idea tradizionale basata su una suddivisione delle aree e sull'esigenza di separare e organizzare in modo diverso i servizi di terapia e diagnosi da quelli di ricovero. Piuttosto sembra interessante parlare di «spazio di flussi», che si adatta in tempo reale al cambiamento delle esigenze dell'organizzazione del lavoro e della gestione (Capolongo, 2011), ma anche del modo di relazionarsi delle persone»¹.

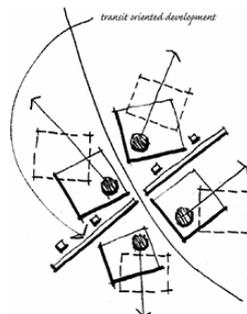
¹ N. Setola, *Percorsi, Flussi e persone nella progettazione ospedaliera. L'analisi configurazionale, teoria e applicazione*, Firenze University Press, 2013, pag.25.

IMMAGINI 11

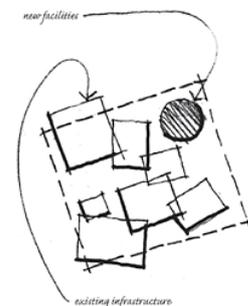
Esempio di configurazione di un ospedale con asse di attraversamento centrale.

IMMAGINI 12

Schematizzazione di un intervento di completamento per un complesso sanitario.



11



12

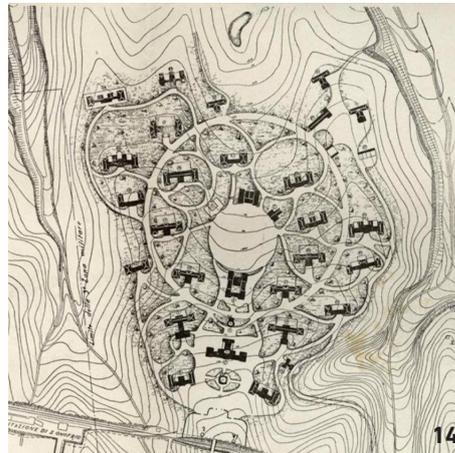
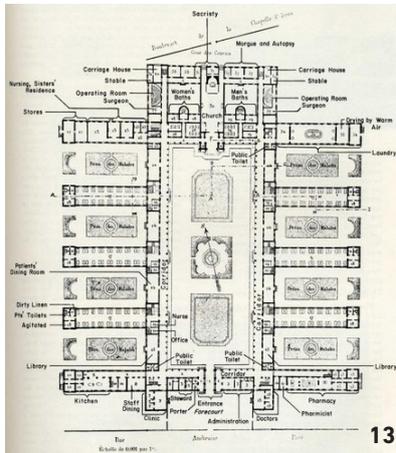


IMMAGINE 13
Ospedale Lariboisiere, Parigi 1838. Pianta alla quota urbana.

IMMAGINE 14
Manicomio di S.Maria della Pietà. Planimetria generale del complesso psichiatrico.

OSPEDALI A PADIGLIONI - MONUMENTALI O DIFFUSI

- Modello di avvio del percorso evolutivo del tipo edilizio per l'architettura sanitaria risalente alla metà dell'800. La Tipologia trova le sue fondamenta nel progresso scientifico e nelle nuove conoscenze in campo medico.
- 1880/1850 - Padiglioni specializzati per patologie con ampi spazi dedicati alle degenze, specializzati per patologie e collegati da percorrenze interconnesse. L'architettura riprende le forme neoclassiche e monumentali.
- Fine 800/inizio 900, la tipologia a padiglione assume la conformazione di una "città" con corpi separati destinati ad ospitare funzioni diverse e spesso collegati da percorsi ipogei. L'architettura introduce soluzioni e linee che derivano dall'architettura tradizionale integrandosi con gli ampi giardini esterni.
- Ampie aree verdi caratterizzano gli spazi tra i padiglioni introducendo l'importante tematica del supporto terapeutico degli spazi naturali.

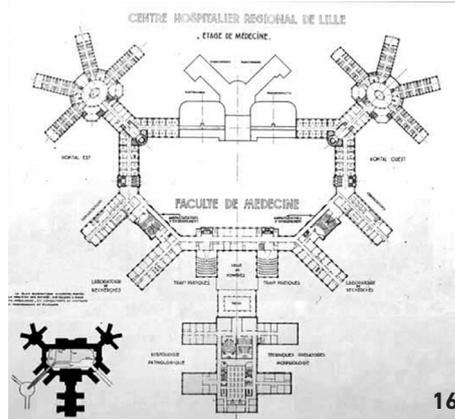
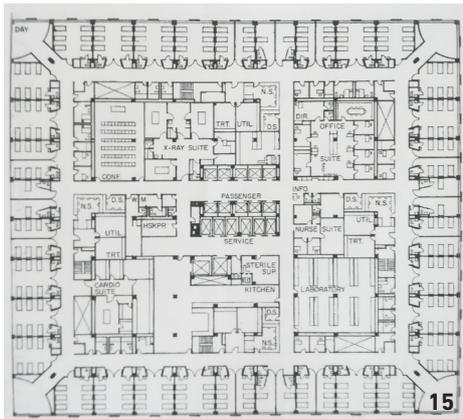


IMMAGINE 15
Ospedale Huriez, Lilla 1935. Planimetria generale.

IMMAGINE 16
Bellevue Hospital replacement Facility, New York, 1964-66.

OSPEDALI MONOBLOCCO - ARTICOLATO E/O VERTICALIZZATO

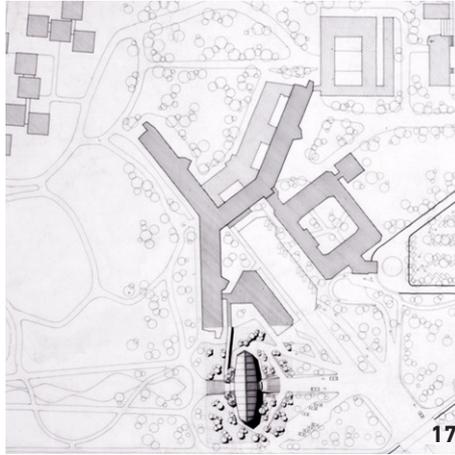
- Tipologia che nasce successivamente allo sviluppo di nuove conoscenze mediche e al conseguente aumento della complessità e delle dimensioni degli organismi ospedalieri.
- Architetture organizzate secondo un blocco principale da cui si articolano i vari reparti. Tale configurazione deriva direttamente dal nuovo ruolo assunto dai percorsi diagnostici a cui vengono destinati spazi maggiori riducendo quelli dedicati alle degenze.
- Gli edifici si sviluppano altezza grazie alle nuove tecnologie basate sull'utilizzo del cemento armato e ai nuovi sistemi impiantistici. L'immagine dell'architettura rimane monumentale e istituzionale ma le forme riprendono quelle del razionalismo di natura funzionalista basato su corpi di fabbrica regolari e con ampie fasce vetrate.
- Fino agli anni 60 vengono proposte numerose declinazioni della tipologia monoblocco in relazione al contesto teorico di riferimento (sono presenti importanti differenze tra le stesse nazioni europee e americane).

IMMAGINE 17

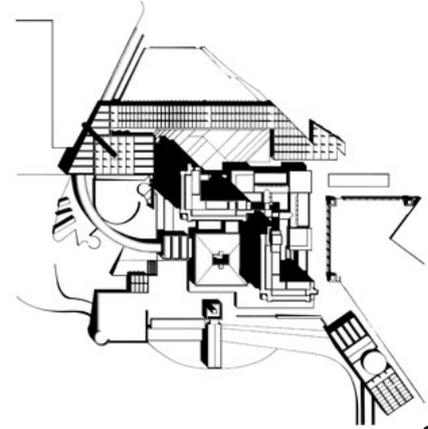
Ospedale San Carlo Borromeo, Milano, 1966

IMMAGINE 18

Ospedale di Cattinara, Trieste, 1965



17



18

OSPEDALI POLIBLOCCO - Anni 70/80

- **PIASTRA E TORRE** - Tipologia che ha caratterizzato numerose architetture ospedaliere nel periodo 1960-1980 e prevede la composizione di corpi di fabbrica con morfologie differenti per rispondere alle necessità delle varie funzioni che caratterizzano l'organismo sanitario (torri per degenze, piastra per servizi di diagnosi e cura).
- **A LINEE** - Modello che riprende i principi della tipologia a piastra e torre ma che si differenzia per il sistema di posizionamento dei corpi. In questo caso, infatti, gli edifici si dispongono parallelamente evitando sovrapposizioni volumetriche.
- **INDETERMINATO** - Configurazione che si collega al principio della disposizione in linee ma individua una composizione basata sull'accostamento di elementi a sviluppo verticale e orizzontale, secondo schemi liberi, che garantiscono un futuro programma di ampliamento del sistema architettonico.
- **A SPINA** - Sistema di aggregazione di corpi, di dimensioni variabili, che si innestano su di un corpo principale seguendo schemi a pettine con andamento lineare o curvilineo.

IMMAGINE 19

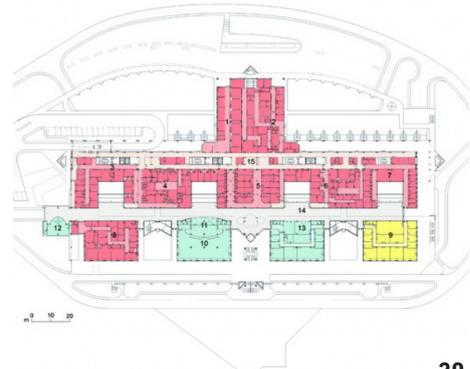
Le Corbusier, Progetto per l'ospedale di Venezia, 1964. Planimetria generale.

IMMAGINE 20

Studio CSPE, Ospedali Riuniti della Valdichiana, Montepulciano, Siena. 1993 - 2000.



19



20

OSPEDALI A CORPI AGGREGATI - Anni 90/2000

- **A GALLERIA** - Si sviluppa intorno ad uno spazio, simile ad una galleria commerciale, che diventa l'asse principale dell'intera composizione. Seguendo il tracciato dello spazio pubblico, infatti, trovano spazio i corpi destinati alla diagnostica, alle degenze e ai servizi, svincolati da un riferimento tipologico specifico ma modellati sulla base della funzione prevista e del contesto territoriale. Il sistema a Galleria può riprendere alcuni dei principali modelli precedenti riadattandone la morfologia alle necessità del nuovo impianto.
- **A CORTI** - Rappresenta un modello che prevede l'organizzazione dello spazio secondo una griglia regolare che definisce un corpo compatto a sviluppo prevalentemente orizzontale. Per garantire la corretta ventilazione e un'ottimale illuminazione degli spazi interni, il corpo compatto si apre attraverso ampie corti e patii interni. Questi rappresentano inoltre importanti ambiti per le attività all'aperto e spazi protetti destinati agli utenti ricoverati.

Ne consegue, quindi, una nuova interessante interpretazione dell'architettura sanitaria, ovvero quella che tende a considerare l'ospedale non più "un'aggregazione di spazi" ma "un'integrazione di spazi e flussi", orientata verso l'analisi degli spazi pubblici e di transizione come elementi centrali nel processo progettuale da affiancare all'approfondimento delle quantità e della qualità delle strutture che ospiteranno le attività previste nel programma edilizio. Ad oggi, l'attenzione dei progettisti è sempre maggiore verso nuovi sistemi funzionali che prendono in considerazione i tempi di percorrenza, la lunghezza degli spostamenti, la leggibilità degli spazi, fattori fondamentali che si riferiscono quindi non solo alle prestazioni effettuate all'interno delle strutture sanitarie, ma a quell'insieme di interazioni tra uomo e spazio, oltre che tra gli stessi utenti, che entrano, di fatto, nel processo di progettazione architettonica. I flussi, le interazioni sociali e ambientali prendono infatti forma nei nuovi ambienti tipici di una istituzione sanitaria contemporanea, ovvero le «[...] hall di ingresso, streets, connettivi, collegamenti verticali, spazi commerciali», spazi che occupano circa un terzo della superficie totale dell'edificio e quindi, inevitabilmente, contribuiranno «[...] a dare vita al concept creativo dell'intero edificio ed a rendere leggibile lo spazio per le persone, considerate soggetti attivi nella tutela dei propri diritti, che vivranno tale spazio»².

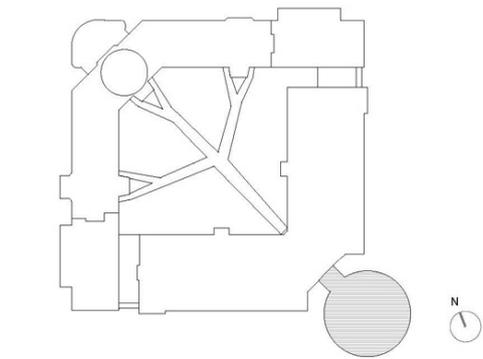
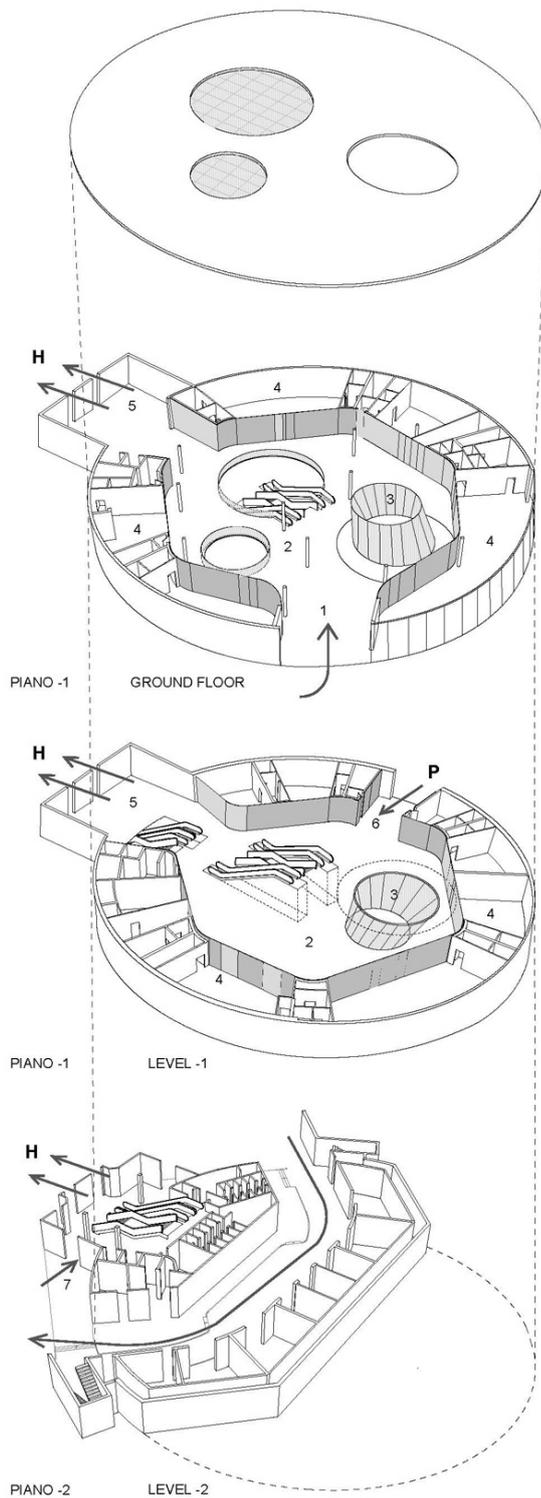
Si possono individuare alcuni temi principali che governano una progettazione architettonica aperta, capace di coinvolgere lo studio delle interazioni uomo e ambiente all'interno dello stesso processo ideativo: il primo è sicuramente quello degli accessi, spazi che assumono oggi la stessa importanza dei ambienti principali mostrando una complessità crescente all'aumentare dei componenti dell'utenza di riferimento. Un interessante esempio è il nuovo accesso all'Ospedale del Mare, il padiglione progettato dallo studio romano *laN Plus* che accoglie e accompagna l'utente nei nuovi spazi. Assimilato a una lanterna colorata per via della presenza dei pannelli multicolore che ne definiscono il perimetro, un cilindro diventa il nuovo accesso alla struttura e l'estensione degli spazi ospedalieri verso il problematico quartiere di Ponticelli, a Napoli.

2 N. Setola, *op. cit.*, pag.21.



IMMAGINE 21

Studio *laN Plus*, Ospedale del Mare, Napoli, 2016.
Padiglione d'accesso e sistemi di risalita.



LEGEND

- | | |
|------------------------|----------------------|
| 1. INGRESSO PRINCIPALE | 1. MAIN ENTRANCE |
| 2. HALL | 2. HALL |
| 3. GIARDINO INTERNO | 3. COURTYARD |
| 4. AREE FUNZIONALI | 4. FUNCTIONAL AREAS |
| 5. ACCESSO OSPEDALE | 5. HOSPITAL ACCESS |
| 6. INGRESSO LIVELLO -1 | 6. ENTRANCE LEVEL -1 |
| 7. INGRESSO LIVELLO -2 | 7. ENTRANCE LEVEL -2 |

IMMAGINE 22

Studio IaN Plus, Ospedale del Mare, Napoli, 2016. esploso assometrico del padiglione di accesso e dei sistemi di distribuzione verticale e orizzontale.

«L'architettura assume quindi un doppio significato interpretativo: da una parte entra a far parte di un processo esteso alle dinamiche urbane, dall'altra si struttura come un atto politico capace di reinventare un modo di vita»³.

In queste parole i progettisti riassumono il significato di un'opera che ospita le funzioni accessorie a quelle mediche ma che rappresenta l'immagine dell'intero ospedale, un insieme di luoghi (la piazza attrezzata, la hall di accesso, i percorsi primari) che mira ad accogliere chi proviene dall'esterno, attraverso spazi luminosi e stimolanti, oltre a rappresentare un riferimento per l'intera comunità limitrofa che non si trova a subire il nuovo complesso ospedaliero, con tutte le criticità che ne derivano, ma trova nelle aree pubbliche e di transizione una nuova opportunità di sperimentazione dello spazio.

Un ulteriore esempio di riqualificazione di uno spazio d'accesso e del relativo contesto territoriale è la progettazione della pensilina d'ingresso al centro multizonale dell'azienda sanitaria di Careggi, a Firenze. La monumentale pensilina che sovrasta i 4 blocchi funzionali si pone come una nuova "interfaccia urbana", un elemento imponente che attraverso sedute, specchi d'acqua e grandi vetrate da cui si scorge quello che avviene all'interno, non scoraggia l'utente dall'utilizzare lo spazio coperto che si trova al di sotto ma, al contrario, ne organizza un layout chiaro, comprensibile e piacevole.

3 IaN+ (a cura di), IAN+ MODELLI, Casa editrice Libria, Melfi, 2010, pag.59.

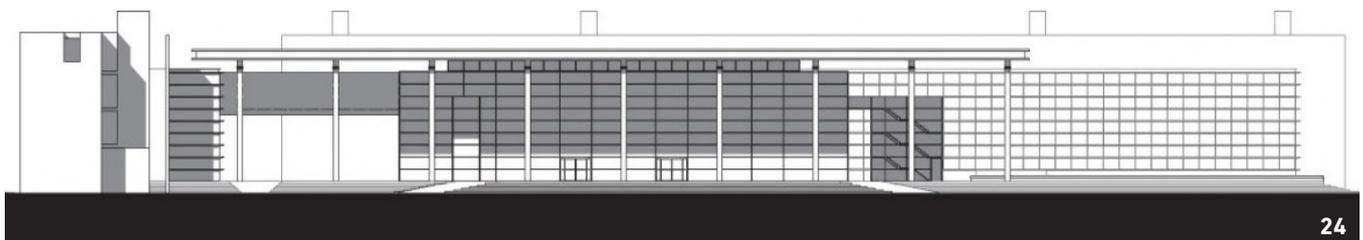


IMMAGINE 23

CSPE Studio, Ipostudio, AEI progetti, Pensilina d'ingresso al centro multizonale dell'Azienda Sanitaria dell'ospedale di Careggi, Firenze, 2010.

IMMAGINE 24

CSPE Studio, Ipostudio, AEI progetti, Pensilina d'ingresso al centro multizonale dell'Azienda Sanitaria dell'ospedale di Careggi, Firenze, 2010. Prospetto principale.

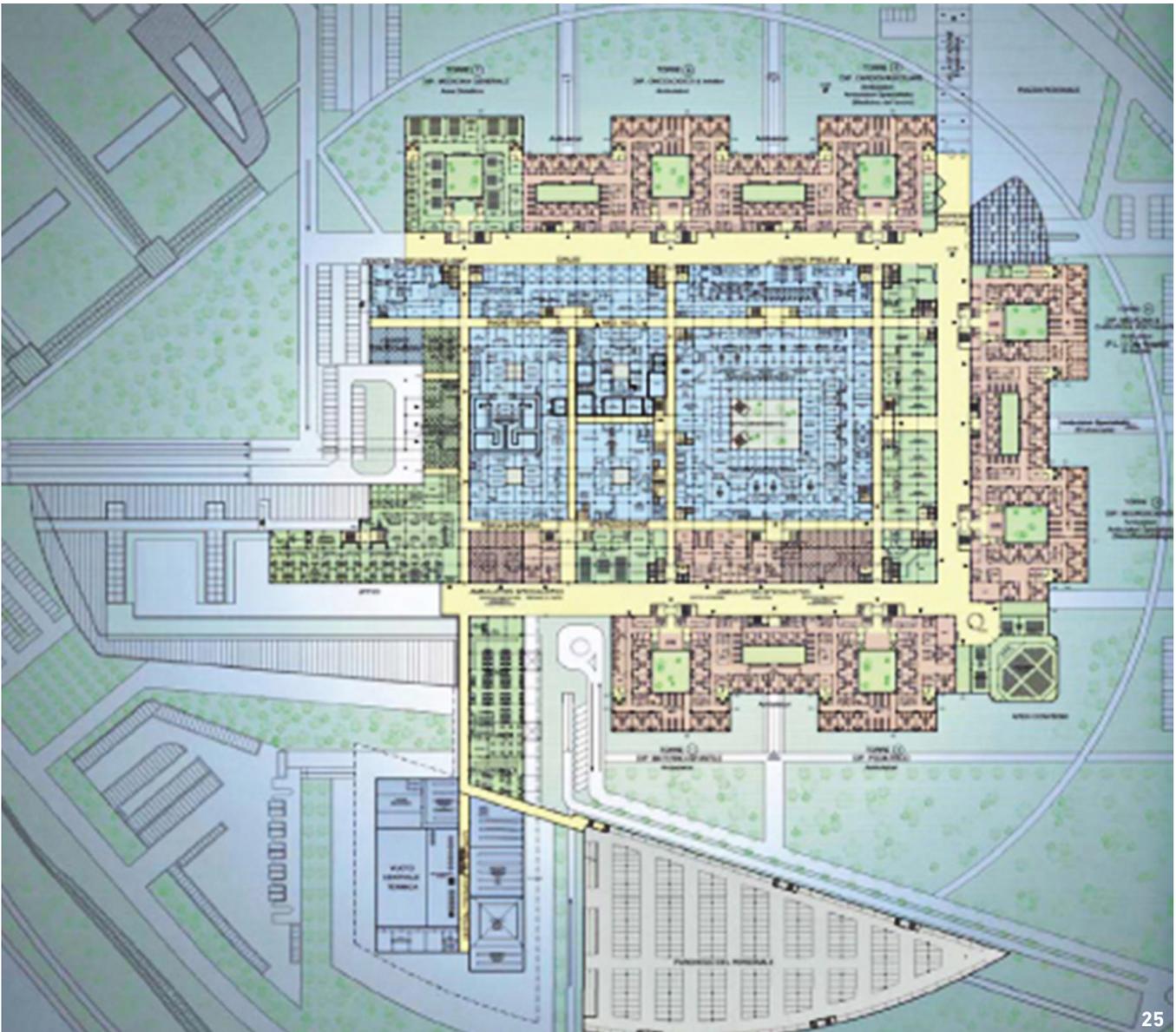


24

Altri due temi non trascurabili in fase di progettazione sono la prossimità spaziale tra i diversi settori e la chiara gerarchia tra circolazione di funzionamento generale e circolazione interna alle aree funzionali, ovvero la suddivisione delle funzioni in modo programmato e impostato sui diagrammi organizzativo gestionali e sulla base delle interconnessioni dovute alla costante contaminazione tra le specialità mediche. Un esempio può essere l'articolazione planimetrica dell'Ospedale Papa Giovanni XXIII di Bergamo, in cui si può notare come il connettivo principale si sviluppa perimetralmente a una piastra centrale dei servizi attraversata, a sua volta, da una rete di percorrenze di livello secondario. All'esterno, i sette corpi che ospitano gli spazi di degenza sono posizionati in modo da garantire la medesima distanza tra i reparti e le strutture tecnico-diagnostiche posizionate nella piastra centrale. Ne consegue che l'impostazione planimetrica dell'intervento deriva non solo da riflessioni di ordine localizzativo-funzionale, ma scaturisce da un'indagine approfondita dei flussi interni di circolazione medica, pubblica o logistica.

IMMAGINE 25

Studio Aymeric Zublena SCAU, Tecnarch, Studio Monaco Martini, Studio Traversi, Ospedale Papa Giovanni XXIII di Bergamo. 2013
Planimetria del piano terra e indicazioni funzionali.



Questa suddivisione introduce a una ulteriore tematica da tenere in considerazione, ovvero quella della differenziazione dei tipi di circolazione⁴, la necessità di prevedere una modalità differenziata per le tre tipologie di utenza sopraelencate e garantire la salvaguardia del malato, l'economia degli spostamenti del personale, la separazione dei circuiti della circolazione interna e la leggibilità della circolazione per il personale, per i malati e per i visitatori, il controllo del paziente. Tutti questi obiettivi possono essere raggiunti tramite una progettazione capace di controllare un insieme complesso di fattori che determinano un progetto efficiente e funzionale, tenendo conto che, nella progettazione sanitaria, «*la risoluzione di un particolare va sempre associata e confronta con quella degli altri innumerevoli particolari che si influenzano a vicenda*»⁵. Tali esempi ci dimostrano che il desiderio di configurare modelli trasferibili per l'edilizia sanitaria sia un'aspirazione difficilmente realizzabile dato il numero di variabili integrate nella prassi progettuale. Nel 1965, G.C. Argan attraverso, il testo "Progetto e Destino", affrontava già il tema del "tipo" in architettura e del suo possibile superamento affermando che esso «*sia da intendersi come uno schema di articolazione spaziale che si è venuto formando in rapporto a un insieme di esigenze pratiche e ideologiche dell'esistenza*» e, quindi, bisognoso di un intervento di "rinnovamento" per poter essere preso in considerazione nelle fasi di progettazione architettonica e quindi di una «*invenzione formale che supera il tipo*» e che «*sarebbe la risposta alle esigenze attuali rispetto alle quali il tipo ha perduto ogni valore concreto*»⁶.

Questo assunto convalida le riflessioni di apertura e consolida la tesi riguardante l'inapplicabilità dei modelli tipologici, i quali entrano in crisi se confrontati con la pluralità della società contemporanea e con la dinamicità, la variabilità e il vertiginoso sviluppo delle conoscenze mediche. Le tipologie, i modelli di riferimento risultano autoritarie prescrizioni sulla cui base aggregare spazi e funzioni predeterminate secondo regole che non contemplano l'attenzione per l'uomo e le dinamiche che esso instaura con lo spazio causando una sorta di resa dell'architettura nei confronti della complessità dell'essere al mondo. Una consapevolezza che quindi proviene dal passato e che tuttavia, attraverso ricerche e realizzazioni contemporanee, continua ad alimentare l'illusoria ricerca di una configurazione, ancora sconosciuta, capace di sintetizzare, in un'unica forma ibrida, le molteplici necessità ravvisabili.

Le tipologie architettoniche e le soluzioni spaziali destinate ad accogliere malati derivano principalmente da intuizioni ed esperienze empiriche dei progettisti, i quali, attraverso il loro insostituibile operato, traducono in luoghi le esigenze individuali, mediche e organizzative di strutture alquanto complesse come quelle sanitarie. L'osservazione e lo studio dei fenomeni che regolano l'attività di tali organismi definisce l'elenco delle condizioni di base da rielaborare e interpretare per giungere alla soluzione progettuale migliore per ogni singolo ambiente: attraverso lo sviluppo della scienza medica si è passati dalle camerate alle stanze con 2-4 posti letto; dalle aperture ridotte all'inserimento di ampie vetrate; dall'ambiente unico alla separazione per patologie e specialità. Sebbene le nuove conoscenze abbiano guidato la trasformazione spaziale delle strutture mediche,

4 I temi individuati derivano dagli studi condotti dalla ricerca della Prof.ssa N. Setola e presentati nel volume *Percorsi, flussi e persone nella progettazione ospedaliera. L'analisi configurazionale, teoria e applicazione*, Firenze University Press, 2013. pag. 26.

5 *Ivi*, pag.33.

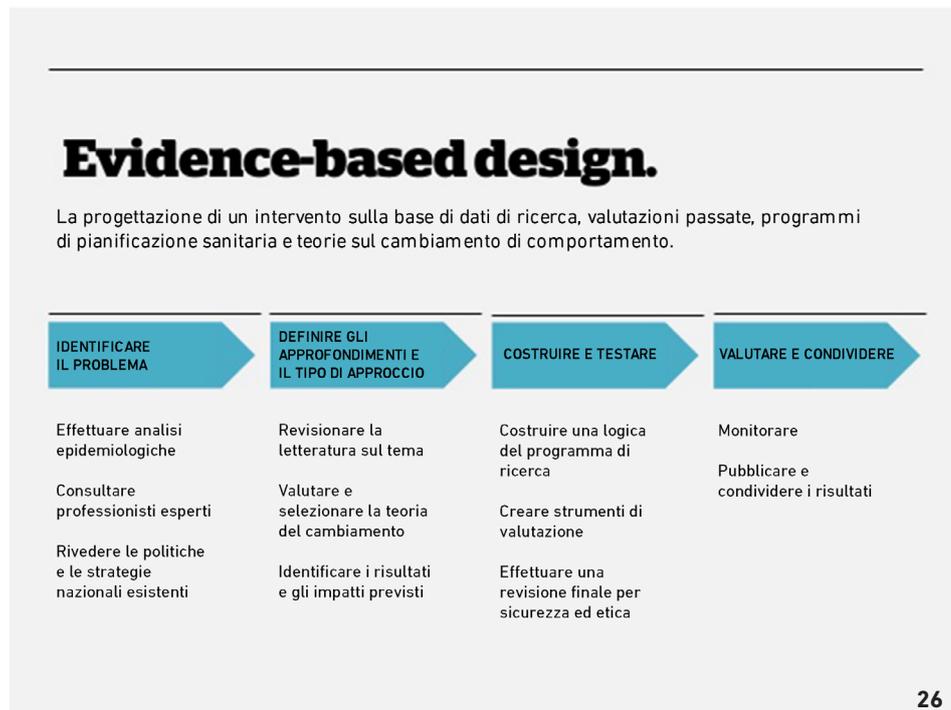
6 G.C. Argan, *Progetto e destino*, Editore Il Saggiatore, Milano, 1965.

solo dalla seconda metà del secolo scorso si è iniziato a studiare il rapporto tra ambiente e salute in modo costante e sistematico, preparando il percorso alla progettazione *Evidence Based Design* (EBD), un metodo di progettazione che trasferisce i principi della *Evidence Based Medicine*⁷. L'EBD supporta le fasi di composizione dell'architettura sanitaria attraverso un metodo di analisi teso a individuare, in modo scientifico, quali sono gli effetti fisici, psicologici e comportamentali di determinati spazi, su differenti gruppi di utenti (personale, pazienti, visitatori). La procedura prevista è la medesima del metodo scientifico, ovvero formulazione delle ipotesi, sperimentazione, analisi, misurazione e raccolta dei risultati. Nel caso specifico della progettazione EBD legata all'ambiente sanitario, essa trae ispirazione dalle scienze mediche per organizzare un sistema di norme e prescrizioni utili al raggiungimento di un grado elevato di efficienza operativa, oltre che al miglioramento dei livelli di comfort e benessere percepito dall'utenza. In altre parole, attraverso riferimenti basati su evidenze scientifiche, la progettazione architettonica ha inserito nella lista dei propri obiettivi i temi della riduzione dello stress di operatori e utenti, il miglioramento della qualità delle cure, l'aumento dei livelli di sicurezza per il paziente e l'implementazione dell'efficienza operativa della struttura e della produttività.

⁷ L'Evidence Based medicine (EBM) rappresenta una pratica medica basata sulle prove di efficacia. Questo approccio estremamente rigoroso non si basa su casistiche individuali e osservazioni basate sull'esperienza clinica del professionista singolo o dei centri sanitari, ma tiene conto delle informazioni e dei dati scientifici che scaturiscono da specifiche attività statistiche e di ricerca scientifica. Questo modello medico rappresenta la volontà di definire un rapporto più stretto e obiettivo tra le decisioni mediche e le prove scientifiche su cui si basano cercando di superare i limiti dell'esperienza individuale dei medici. Per approfondire: M. Tombesi, *Medicina basata sulle prove di efficacia*, Enciclopedia della Scienza e della Tecnica, 2007. URL http://www.treccani.it/enciclopedia/medicina-basata-sulle-prove-di-efficacia_%28Enciclopedia-della-Scienza-e-della-Tecnica%29/ (Ultima consultazione 20/06/2019)

IMMAGINE 26

Le fasi principali di un approccio basato sull'Evidence-Based Design.



Secondo il *Center for Health Design*⁸ (CHD), l'EBD è «il tentativo deliberato di basare le decisioni di costruzione su la migliore prova di ricerca disponibile con l'obiettivo di migliorare i risultati e di continuare a monitorare il successo o fallimento per il successivo processo decisionale»⁹. Va sottolineata in questa sede l'estrema rigidità di tale modello, che si allontana con forza dalla semplice interpretazione delle norme dettate dall'EBD e da ogni tipo di progettazione personale, spesso svincolate da ipotesi o previsione preventive; la sola comprensione dei principi che governano la progettazione EBD non è sufficiente a dimostrare l'esistenza di una relazione causale tra il progetto e il risultato. Per questo motivo, il CHD ha tentato di regolare l'attività progettuale definendo vari gradi di appartenenza ai principi EBD, in funzione del livello di approfondimento della ricerca e della struttura dei processi di progettazione, suddividendo i progettisti in quattro gradi di operatività: dall'essenziale studio e rigoroso riferimento alla letteratura fino alla formulazione di ipotesi, previsioni e sviluppo di modalità di misurazione finale dei risultati. Si può leggere, in questa suddivisione, un tentativo del centro statunitense di assegnare un ruolo di estrema importanza ad ogni progettista che si avvicina alla progettazione EBD in quanto, ogni progettazione in grado di integrare le evidenze nel processo di progettazione, può diventare fonte di ispirazione e riferimento per coloro che si avvicinano a questa modalità di progettare lo spazio, sempre più richiesta nel campo dell'assistenza e della salute.

Numerose ricerche¹⁰ hanno dimostrato come le affermazioni precedenti circa l'influenza dell'ambiente esterno nei processi di cura e riabilitazione del paziente abbiano un fondamento scientifico e un importante contesto di riferimento negli studi di psicologia ambientale, nelle neuroscienze e nella psico-neuro-immunologia. In particolare, attraverso la riorganizzazione delle ricerche, si è osservato che i fattori principali in grado di dar vita ad un ambiente psicologicamente favorevole per l'utenza sono:

- Connessione alla natura
- Possibilità di scelta
- Supporto sociale

Oltre a questi tre temi, sono state reinterpretate dalla disciplina architettonica numerose criticità organizzative e ambientali che, attraverso un sistema coordinato di ipotesi iniziali e misurazioni finali, hanno portato alla definizione di soluzioni

8 Il *Center for Health Design* (CHD) è una comunità operante dal 1993 che si occupa di ricerca scientifica sulla connessione tra spazio e salute conducendo attività di sperimentazione delle soluzioni e tecnologie più avanzate per implementare la qualità della progettazione di strutture sanitarie di vario genere. Il centro si compone di professionisti afferenti a vari ambiti (architetti, interior designer, dirigenti sanitari, operatori sanitari, ricercatori, produttori, educatori e studenti) e rappresenta un riferimento per professionisti provenienti da tutto il mondo. Vedi: <https://www.healthdesign.org> (Ultima consultazione 15/08/2019)

9 Per approfondire: URL www.healthdesign.org (Ultima consultazione 15/08/2019)

10 Lo sviluppo della progettazione basata sull'evidenza scientifica si basa su studi sperimentali che cominciarono a diffondersi sistematicamente a partire dagli anni '90. Il pioniere di questa tipologia di approccio scientifico legato al design è il Prof. Roger Ulrich, attualmente professore alla *Clemson University of Technology* e autore del primo studio condotto secondo i criteri dell'EBD. La ricerca intendeva osservare la il percorso di guarigione di pazienti affetti dalla stessa patologia, ospitati nello stesso ospedale della Pennsylvania, tra il 1972 e il 1981, ma in due tipologie di stanze differenti: una con una vista verso spazi verdi naturali, l'altra verso un muro di mattoni. Ulrich dimostrò che la percentuale di giorni di ricovero e di utilizzo di antidolorifici diminuiva sensibilmente nel gruppo di pazienti ospitati nelle camere affacciate verso i paesaggi naturali. Per approfondire: R. Ulrich, *View Through a Window May Influence Recovery from Surgery*, Science, New York, 1984.

spaziali in grado di attivare processi virtuosi in termini di organizzazione clinica ed economica delle strutture, produttività, soddisfazione del paziente e del personale, oltre ad un indispensabile successo culturale.

Tale approccio metodologico tuttavia ha esposto i relativi progettisti afferenti a severe critiche da parte di teorici e studiosi che hanno riscontrato nei processi EBD una eccessiva rigidità metodologica dovuta alla stretta relazione tra attività progettuale e metodo scientifico. È stato evidenziato come l'eccessivo approfondimento di alcune caratteristiche specifiche di uno spazio sanitario attraverso punteggi, *checklist*, valutazioni prestazionali, possa sicuramente essere utile alla definizione di determinati ambiti ma rischia di trascurare le fasi di progettazione dell'organismo nella sua interezza esponendo l'architettura ad una pericolosa decontestualizzazione. Affermazioni di tale genere intendono far emergere il ruolo fondamentale del progettista che, anche se vicino ai processi EBD, ha il dovere di confrontarsi con i risultati e le evidenze con un atteggiamento razionale, orientato al soddisfacimento di principi universalmente esplicitati dalle ricerche EBD ma guidato dalle esperienze, dalla sensibilità personale e dalla lezione del territorio. Questo atteggiamento viene chiamato *I-give-them-what-i-can*¹¹, un approccio che prevede una posizione intermedia per il progettista tra il desiderio di esprimere la propria sensibilità estetica e la volontà di rispondere a un impegno sociale di efficienza e equità.

Il Prof. Stephen Verderber¹², riprende le tematiche storiche che hanno guidato lo sviluppo architettonico delle strutture sanitarie (aria, acqua, luce naturale, connessioni identitarie con il contesto urbano e sociale, materiali naturali, ecc.) per dimostrare come le scoperte contemporanee rimandino a una ricerca da sempre correlata ai luoghi e all'architettura nella sua totalità in grado di esprimere simbolicamente la profondità e il valore del sito e del paesaggio che la ospita. A supporto di queste idee di architettura "eco-umanizzata"¹³, Verderber presenta una serie di esempi e casi studio rappresentanti alcune architetture del passato in cui l'antropomorfismo e i linguaggi organici tentavano di arricchire e facilitare il rapporto dell'uomo con lo spazio sanitario e l'ambiente stesso dando il via alla ricerca della migliore conformazione di un'architettura sostenibile per la salute. Secondo lo studioso americano un approccio in grado di coinvolgere la comunità sociale e l'ambiente nelle scelte e nelle procedure che portano alla realizzazione di una struttura mediche può assumere lo stesso potenziale terapeutico di un ambiente progettato secondo le regole EBD, poiché «*la pianificazione del sito, la progettazione del paesaggio e la natura*» possono essere considerate come fasi fondamentali dell'«*intervento terapeutico, dalla scala di una comunità a quella di una stanza di degenza in ospedale*»¹⁴.

11 S. Verderber, *Innovations in Hospital Architecture*, Routledge, 2010, pag. 226.

12 Vedi: Pag. 122.

13 "Eco umanesimo" è un termine sviluppato da Verderber che riguarda l'attenzione crescente della disciplina architettonica nei confronti del benessere umano e della sostenibilità ecologica, due ambiti interconnessi ma non direttamente collegati al processo progettuale. Per approfondire, S. Verderber, *op. cit.*, pag. 228.

14 S. Verderber, *op. cit.*, pag. 109. Traduzione dell'autore.

MISURARE

Il gruppo di progetto segue programma prestabilito, tiene traccia di eventuali modifiche e apporta le integrazioni necessarie.
La raccolta dei dati è la fase più dispendiosa in termini di tempo e la più costosa dell'intero progetto di ricerca.

MONITORARE

È responsabilità del gruppo di progetto garantire che tutte le soluzioni progettuali vengano eseguite come specificato nei documenti di progettazione e nel rispetto del piano di ricerca proposto.
Al termine della costruzione, il team verifica che l'edificio commissionato sia conforme ai principi EBD e pronto per la successiva *post-occupancy research*.

RACCOLLIERE

Valutare i processi attuali a livello macro e definire i criteri che verranno utilizzati per misurare i risultati.
Questi aiuteranno nella creazione del programma funzionate e spaziale.

IPOTIZZARE

Sviluppare ipotesi in previsione della relazione attesa tra le variabili.
Le ipotesi indicano la direzione per la raccolta dei dati e forniscono indicazioni per la loro interpretazione.

DEFINIRE

Stabilire un programma che definisca le intenzioni, la finalità e gli obiettivi del progetto.
Il gruppo di ricerca può articolare l'elenco degli obiettivi in termini di risultati attesi.

RICERCARE

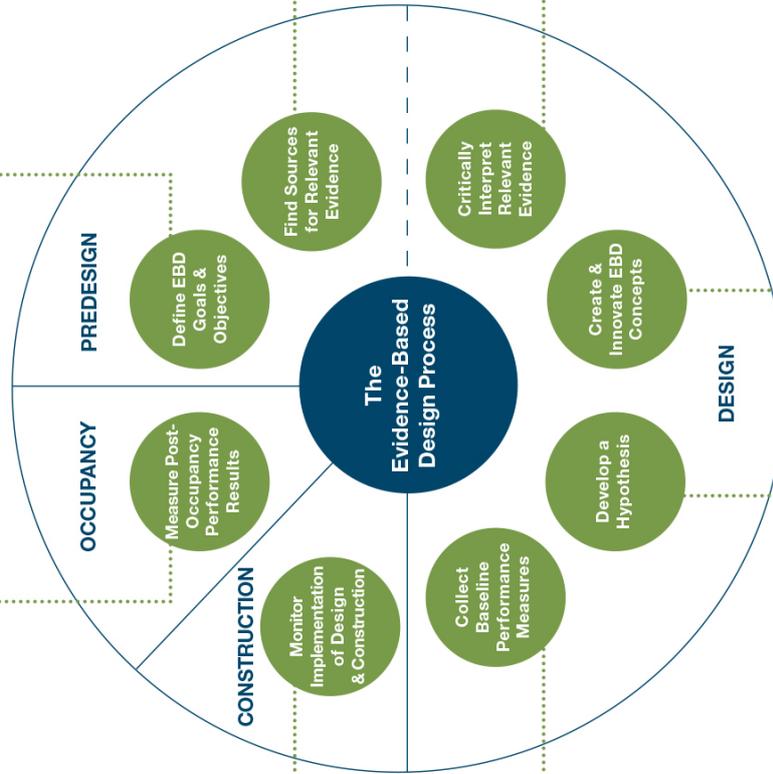
Una revisione della letteratura identificherà le lacune nella conoscenza, individuerà quello che la ricerca ha già fatto e darà informazioni utili per avviare la nuova ricerca.

INTERPRETARE

Per determinare se l'evidenza è credibile e se essa potrà essere utilizzata per dare indicazioni progettuali e per produrre ipotesi, è importante capirne la pertinenza, il rigore, la validità e la generalizzazione del informazioni raccolte.

CREARE

Tradurre le prove in linee guida di progettazione/indicazioni sintetiche utili ai progettisti per individuare le migliori soluzioni estetiche e funzionali.
Il gruppo di ricerca può iniziare a creare concept progettuali derivanti direttamente dalle linee guida.



4.3.1 GLOSSARIO DELLE CONFIGURAZIONI

Gli esempi di seguito riportati intendono presentare degli *indicatori* della condizione attuale dell'architettura sanitaria relativamente alla principale funzione medica dell'ospedale, oggi massima rappresentazione delle profonde modificazioni avvenute nel tempo. Come esemplificazione delle riflessioni presentate precedentemente, si è scelto di non introdurre semplici elencazioni guidate da modelli tipologici ormai inadeguati, ma si è scelto di identificare tre tendenze principali. Esse non individuano una configurazione statica di riferimento, ma si riferiscono al funzionamento dell'organismo architettonico e alle norme che regolano la fruizione degli spazi e dei servizi, in un'ottica di adeguamento dell'architettura alle istanze umane dell'utenza come efficace risposta alle contemporanee richieste di massima efficienza. Attraverso molteplici traduzioni formali, le tipologie tutt'oggi maggiormente utilizzate in campo architettonico sanitario risultano essere quelle del monoblocco o poliblocco orizzontale (alternative possibili di un medesimo approfondimento teorico e utilizzate in base alle dimensioni dell'organismo considerato e del relativo bacino d'utenza) e quella del corpo misto il quale forse rappresenta il più alto grado di flessibilità richiesto oggi ad una struttura medica. Si è scelto di selezionare alcuni dei maggiori esempi di architettura ospedaliera realizzata in Europa negli ultimi 10 anni poiché tali edifici rappresentano nella realtà la cornice teorica di riferimento che caratterizza l'architettura europea e, più generalmente, quella occidentale. Si è scelto di non inserire esempi localizzati al di fuori del territorio europeo data l'estrema variabilità dei vari sistemi sanitari mondiali e del conseguente approccio architettonico alla tematica.

Le tre "tendenze" non vogliono rappresentare quindi delle tipologie ma solamente dei riferimenti teorici e tecnologici da cui partire per affrontare le sfide future e mettere in pratica gli studi contemporanei in merito alla progettazione architettonica in ambito sanitario. Verranno quindi approfonditi i temi dei percorsi, dell'organizzazione interna, delle soluzioni umanizzanti trattando solo parzialmente le questioni relative alla forma dell'architettura e alle regole di aggregazione. Tale scelta deriva dalla volontà di eliminare ogni condizionamento per offrire al progettista una serie di possibili soluzioni indipendenti dal modello tipologico a cui appartengono. Tuttavia, il ripetersi di configurazioni volumetriche simili in differenti contesti territoriali conferma la naturale affinità dei progettisti ad affidarsi a rassicuranti modelli precostituiti, fortunatamente scardinati oggi dalla loro rigidità tipologica.



A CORPO COMPATTO (UNITARIO O MULTIPLO)

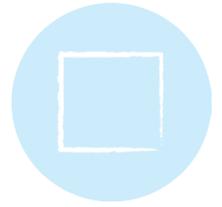


A CORPI AFFIANCATI



A CORPI AGGREGATI (A SVILUPPO VERTICALE O ORIZZONTALE)

4.3.2 CASI STUDIO EUROPEI



A CORPO COMPATTO (UNITARIO O MULTIPLIO)

Le strutture che riprendono il sistema organizzativo a nucleo introducono un nuovo modello di assistenza e una ottimale gestione dei processi interni. La configurazione del sistema a a corpo compatto unitario prevede che le attività ospedaliere seguano un andamento centripeto rivolto all'area centrale, spesso occupata dei servizi specialistici e diagnostici. Le aree dipartimentali si sviluppano quindi in modo radiale rispetto alle funzioni centrali condivise innestandosi in posizione esterna. La zona centrale risulta così condivisa e posizionata a pari distanza da ogni funzione disposta perimetralmente. Allo stesso modo, la composizione che riprende il sistema a corpo multiplo corrisponde ad una aggregazione di corpi caratterizzati da aperture centrali. Questa organizzazione permette al complesso di estendere maggiormente la superficie coperta garantendo il giusto apporto di illuminazione e ventilazione naturale a tutti gli ambienti. Tale conformazione deriva evidentemente dalla tipologia dell'ospedale monoblocco sviluppatasi all'inizio del XXI secolo e del successivo modello di ospedale a piastra.

- AZ GROENINGE HOSPITAL - SCHEDA A PAG. 144
- CENTRO OSPEDALIERO MARNE LA VALLÉE - SCHEDA A PAG. 146



AZ GROENINGE HOSPITAL
Kortrijk, Belgio.

Baumschlager Eberle Architekten



CENTRO OSPEDALIERO
MARNE LA VALLÉE
Jossigny, Francia

Brunet Saunier

IMMAGINI 28

Baumschlager Eberle Architekten, AZ Groeninge hospital, Kortrijk, (Belgio). 2004/16.

IMMAGINI 29

Brunet Saunier, Centro ospedaliero Marne la Vallée, Jossigny (Francia), 2012.



A CORPI AFFIANCATI

Rifacendosi alla tipologia dell'ospedale poliblocco la configurazione a corpi affiancati rappresenta una soluzione valida nei casi in cui sia necessario suddividere l'organismo in volumi semi-indipendenti e riconoscibili comunque collegati da percorsi interconnessi. Tale soluzione garantisce un diretto rapporto con il contesto e la possibilità di configurare i volumi a seconda delle condizioni del sito. Inoltre, i corpi affiancati definiscono una configurazione "aperta", ovvero implementabile attraverso l'introduzione di nuovi elementi primari (ulteriori corpi da affiancare) o l'ampliamento dei corpi preesistenti.

- OSPEDALE *JEROEN BOSCH* - SCHEDA A PAG. 148
- AKERSHUS UNIVERSITY HOSPITAL - SCHEDA A PAG. 150

OSPEDALE *JEROEN BOSCH*
Dordrecht, Olanda

EGM architecten



IMMAGINI 30

EGM architecten, Ospedale Jeroen Bosch, Dordrecht, (Olanda), 2010.

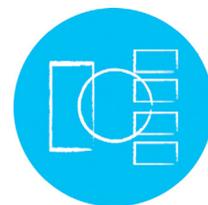
AKERSHUS UNIVERSITY
HOSPITAL
Oslo, Norvegia

C. F. Møller Architects



IMMAGINI 31

C. F. Møller, Akershus University Hospital, Oslo (Norvegia), 2009.



A CORPI AGGREGATI (SVILUPPO VERTICALE O ORIZZONTALE)

Quest'ultima configurazione si predilige nei casi di progettazione di grandi complessi sanitari in cui si renda necessario inserire differenti sezioni operative all'interno dello stesso organismo. L'articolazione dei corpi può avvenire secondo una logica che predilige un andamento orizzontale, che garantisce una maggiore flessibilità funzionale, o uno sviluppo verticale che impone un'organizzazione degli spazi più restrittiva. I corpi che definiscono un'aggregazione funzionale possono a loro volta svilupparsi secondo volumetrie differenti, privilegiando un andamento ascendente o estensivo. Frequenti esempi contemporanei riprendono i caratteri delle grandi gallerie commerciali per inserire all'interno degli organismi sanitari ampi spazi ad uso pubblico in cui concentrare i servizi di ristoro, i servizi integrativi, le aree di svago, dando vita ad un vero e proprio brano di città.

- OSPEDALE NUOVO *ÁLVARO CUNQUEIRO* - SCHEDA A PAG. 152
- OSPEDALE *REY JUAN CARLOS* - SCHEDA A PAG. 154



OSPEDALE NUOVO
ÁLVARO CUNQUEIRO
Vigo, Spagna

Luis Vidal + architects

IMMAGINI 32

Luis Vidal + architects, New Álvaro Cunqueiro Hospital, Pontevedra (Spagna), 2015.



OSPEDALE *REY JUAN CARLOS*
Madrid, Spagna

Rafael de La-Hoz

IMMAGINI 33

Rafael de La-Hoz, Ospedale Rey Juan Carlos, Madrid (Spagna), 2015.



AZ GROENINGE HOSPITAL - Kortrijk, Belgio.
Baumschlager Eberle Architekten, Anno 2017
Superficie 32000 m²

I cinque blocchi interconnessi che costituiscono l'organismo architettonico dell'ospedale belga, si inseriscono in un lotto di ampie proporzioni che ricerca una stretta relazione con la nuova architettura. I tre piani fuori terra e la dimensione "umana" dei parallelepipedi che compongono la configurazione a corpo compatto multiplo, permettono al complesso di inserirsi come una presenza discreta nel paesaggio e di definire, negli spazi intermedi posti tra gli edifici, piccoli ambiti pubblici e di incontro. Le facciate, uniformi lungo tutto il perimetro esterno dell'edificio e caratterizzate da una sequenza regolare di aperture verticali, ripropongono l'immagine di un isolato urbano piuttosto che quella di un grande centro ospedaliero. Le aperture vetrate, che scandiscono i prospetti, permettono agli utenti di mantenere un contatto continuo con l'esterno e favoriscono la creazione di spazi interni luminosi, confortevoli, in cui lo spazio possa realmente interagire con i percorsi terapeutici attivati.

La chiara organizzazione planimetrica assicura un funzionamento a unità indipendenti e associa alla chiarezza formale dell'impianto, la facilità di lettura degli spazi e un'immediata identificabilità della composizione. Le grandi corti interne determinano un andamento regolare della disposizione degli ambienti, un utile supporto alla comprensione del layout interno e rappresentano un importante elemento di caratterizzazione dello spazio.

L'attenzione rivolta all'uomo e alle istanze umane è riconoscibile in una progettazione orientata alla creazione di spazi accessibili, accoglienti, proporzionati, organizzati in una configurazione che articolata in corpi modulari destinati a mitigare le difficoltà della relazione tra l'uomo e l'architettura e ad assicurare una flessibilità capace di adattarsi ai cambiamenti futuri.

IMMAGINI 34 - 37

Baumschlager Eberle Architekten, Kortrijk, AZ Groeninge hospital (Belgio). 2004/16.

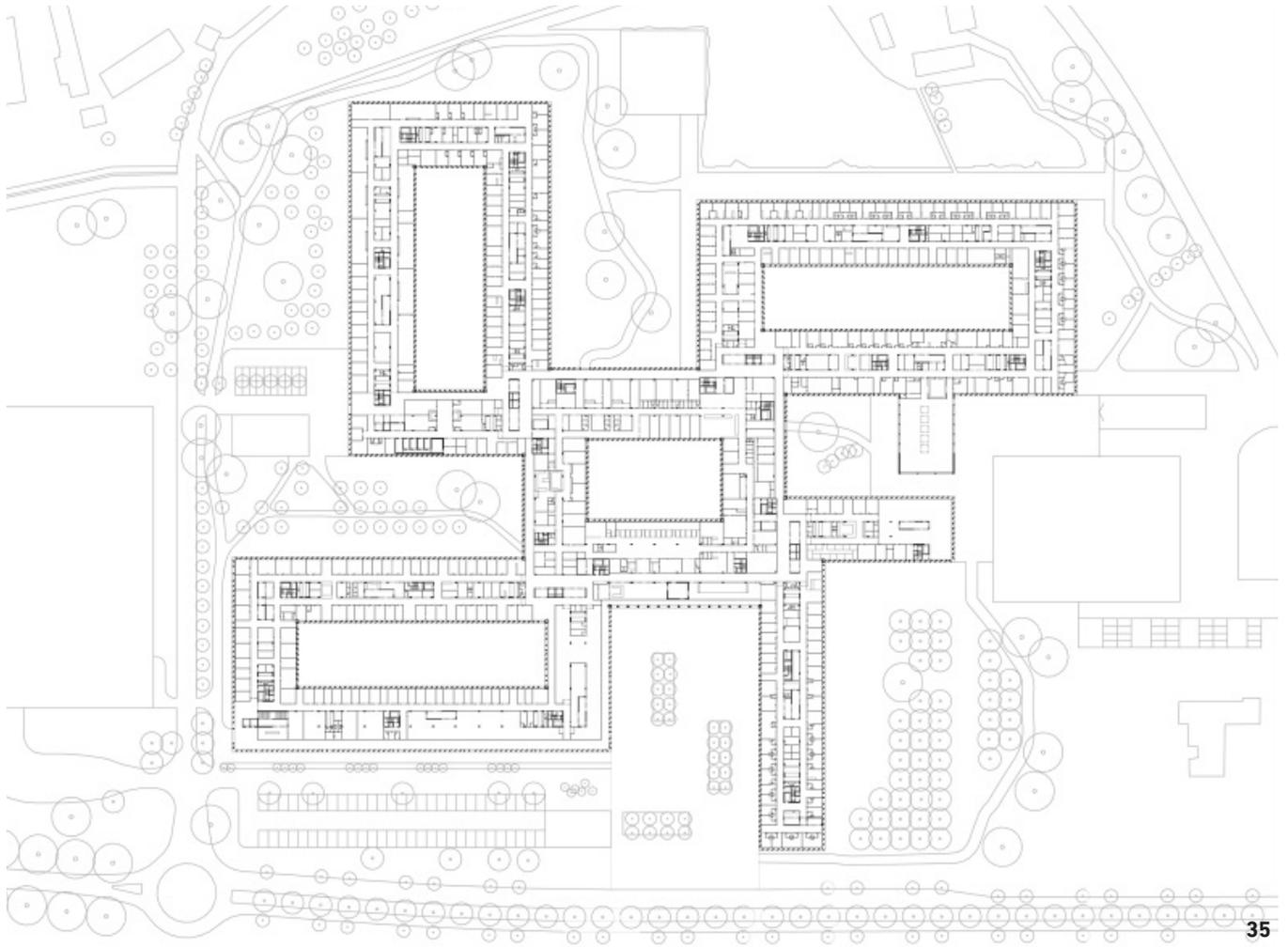
34. Vista del fronte principale e della corte di accesso.

35. Planimetria generale.

36. Vista interna degli spazi d'attesa.

37. Vista interna.





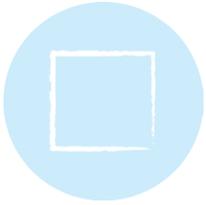
35



36



37



CENTRO OSPEDALIERO MARNE LA VALLÉE - Jossigny, Francia
Brunet Saunier, Anno 2012
Superficie 72000 m²

L'andamento pianeggiante del territorio a nord della Francia ospita la nuova architettura come un elemento scultoreo, un parallelepipedo regolare, completamente vetrato, che riflette i colori dell'ambiente circostante e del cielo terso del nord Europa.

Il blocco compatto che accoglie i servizi sanitari si frammenta solo all'interno, laddove piccole corti e cortili assicurano la corretta illuminazione e ventilazione naturale, anche agli spazi più interni, e la possibilità di fruire di piccoli ambiti all'aperto pur rimanendo all'interno del grande corpo unitario. La scelta dei progettisti di riproporre una configurazione compatta deriva dalla volontà di sviluppare un'architettura simile a una città, pur utilizzando un organismo minimalista, essenziale, che possa celare all'interno tutta la sua complessità.

Nella leggerezza dei prospetti vetrati e ritmati da vetri serigrafati con elementi verticali, sembra volersi esprimere il contrasto tra l'apparente semplicità di un'architettura pura e geometrica con la tecnologia delle facciate ventilate traspiranti, sistemi integrati di rivestimento in vetro e lamiera di alluminio.

Le facciate esterne evocano i concetti di tecnologia e innovazione che guidano le attività mediche svolte all'interno. La pelle vetrata si relaziona al contesto riprendendo le sue forme e i suoi colori ma, allo stesso tempo, sottolinea la propria presenza attraverso una "scatola" che, tramite un sistema di trasparenze e opacità, ospita ambienti pubblici e privati in un'apparente commistione. L'interno è invece regolato da percorsi e spazi di collegamento che si snodano attraverso una struttura rigida, chiara e facilmente comprensibile, caratterizzata da spazi ampi e riconoscibili grazie all'uso sapiente di colori e materiali in grado di supportare l'orientamento degli utenti e qualificare i vari ambienti.

IMMAGINI 38 - 41

Brunet Saunier, Centro ospedaliero Marne la Vallée, Jossigny (Francia), 2012.

38. Vista esterna

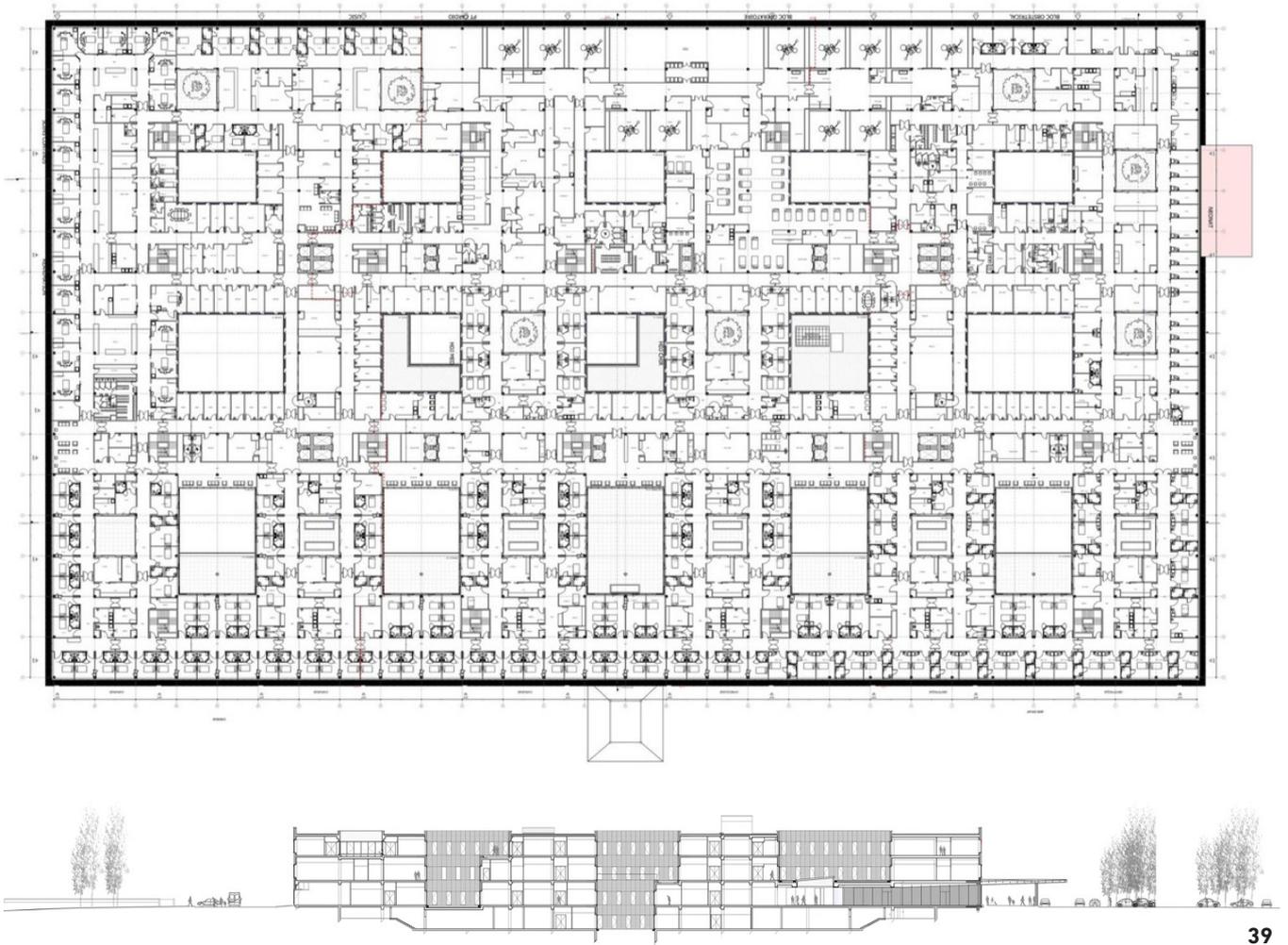
39. Planimetria generale

40. Vista di una corte interna.

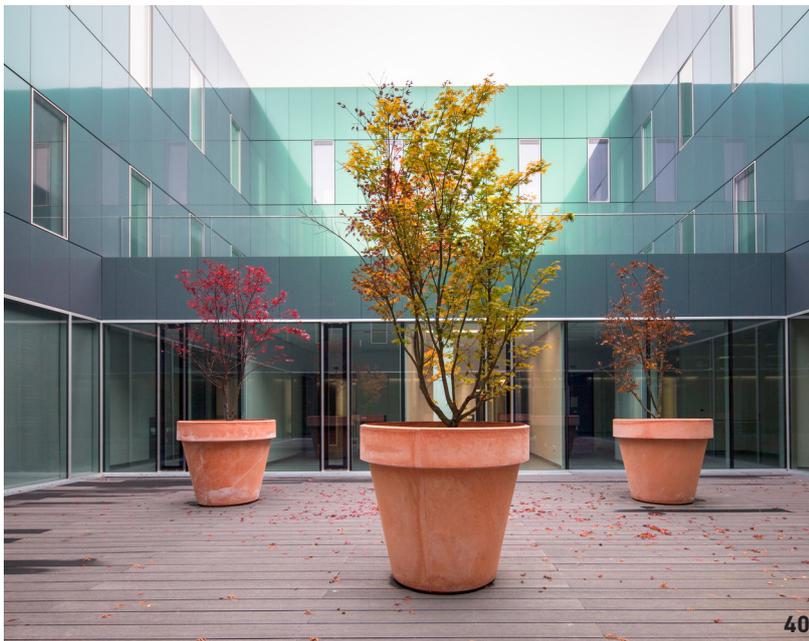
41. Vista interna.



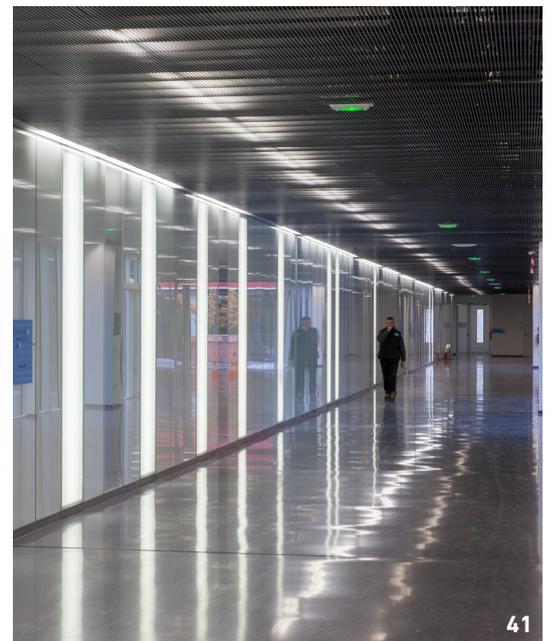
38



39



40



41



OSPEDALE JEROEN BOSCH - Dordrecht, Olanda
EGM architecten, Anno 2010
Superficie 170000 m²

L'Ospedale universitario sorge in un sito di estremo valore paesaggistico, interno a una riserva naturale. I corpi di fabbrica si sviluppano seguendo uno schema a elementi affiancati lasciando che il verde si insinua nella ampie fasce che separano i quattro volumi principali. La presenza di un corso d'acqua prossimo alle strutture sanitarie attribuisce al contesto una particolare atmosfera capace di interagire positivamente con gli utenti e gli stessi operatori che lavorano nella struttura.

I blocchi allungati raggiungono un'altezza massima di nove piani ma attraverso un utilizzo sapiente di aperture, sottrazioni volumetriche e elementi vetrati l'immagine finale di uno dei più grandi ospedali olandesi non risulta opprimente ed eccessivamente istituzionale. L'effetto complessivamente accogliente e distante dalla freddezza degli spazi clinici è dovuto anche alla scelta di utilizzare un rivestimento in mattoni color terra, di varie tonalità, in un sistema che reinterpreta un materiale della tradizione attraverso una soluzione contemporanea.

Internamente, un imponente percorso pubblico, a doppia e tripla altezza, si snoda trasversalmente ai corpi principali e collega le aree dei servizi poste al piano terra e al primo piano. Questa soluzione compositiva permette all'organismo di assumere una disposizione funzionale chiara che garantisce un facile orientamento grazie anche alle ampie porzioni vetrate che consentono una connessione tra lo spazio interno e la natura esterna del sito.

IMMAGINI 42 - 47

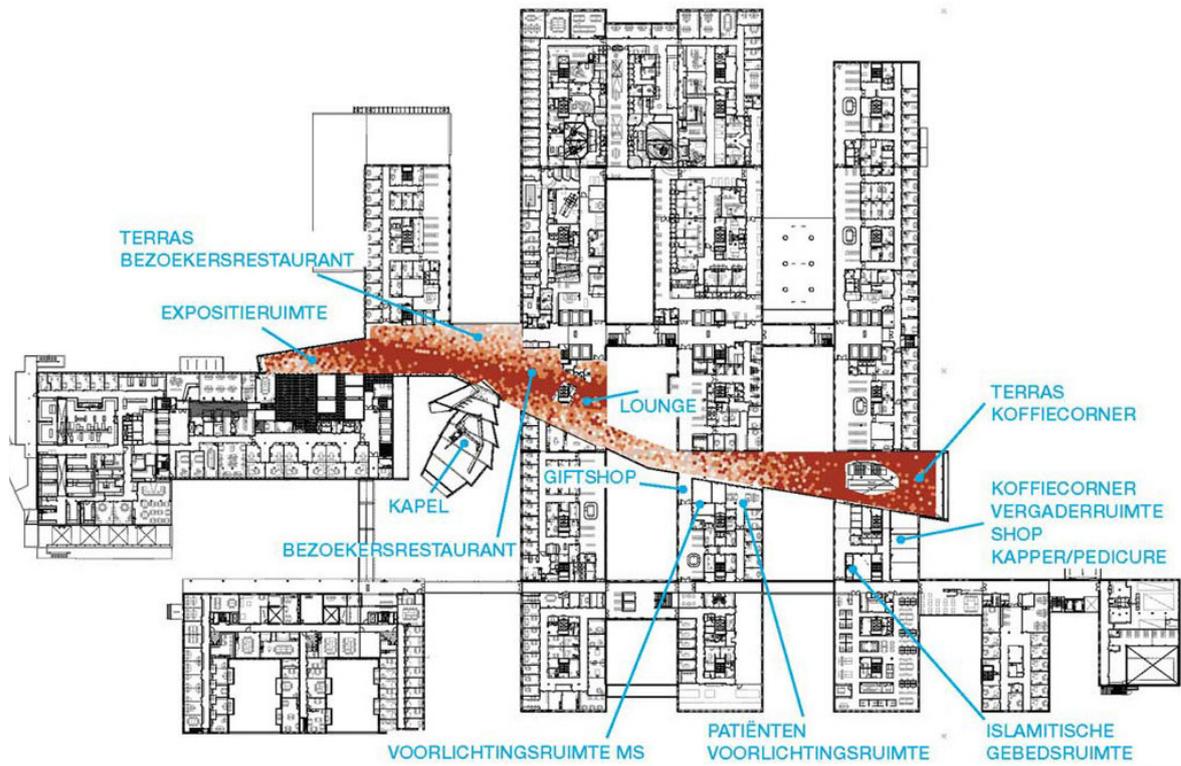
EGM architecten, Ospedale Jeroen Bosch, Dordrecht, (Olanda), 2010.

42. Vista esterna.

43. Planimetria generale e localizzazione dei servizi sanitari

44,45,46,47. Vista interna degli spazi pubblici e di distribuzione, della zona di accoglienza e informazioni, di un corte verde e di una camera di degenza tipo.





EGM
architecten

43



44

EGM
architecten



46

EGM
architecten

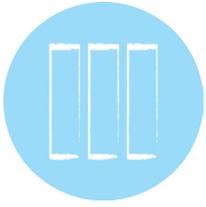


45



47

EGM
architecten



AKERSHUS UNIVERSITY HOSPITAL - Oslo, Norvegia

C. F. Møller Architects, Anno 2014

Superficie 137000 m²

I quattro corpi trasversali dell'Ospedale universitario norvegese compongono un layout generale ad andamento orizzontale. L'estensione del sito, infatti, ha permesso all'architettura di svilupparsi in modo estensivo limitando l'altezza dei corpi di fabbrica a massimo 5 piani. Attraverso questa configurazione volumetrica, i progettisti hanno realizzato un complesso adatto alle proporzioni umane e caratterizzato da corpi allungati intervallati da aree verdi e da corti interne che rappresentano un importante punto di incontro e socializzazione per tutti gli utenti della struttura medica. L'elemento di maggiore interesse è sicuramente la *glass street*, ovvero il lungo percorso di attraversamento trasversale dei corpi paralleli, che si configura come una passeggiata interna punteggiata dai servizi tipici della città (chiesa, farmacia, negozi vari, servizi alla persona, ecc). Questo spazio si articola attraverso doppie altezze e si sviluppa in modo lineare e facilmente comprensibile, avendo origine nel punto degli accessi principali per terminare nella zona in cui un ingresso dedicato individua la parte pediatrica, più privata e protetta. Il termine *glass street* deriva dalla particolare copertura in vetro che avvolge il lungo percorso pubblico e dalle imponenti pareti vetrate che lo caratterizzano in ampie porzioni.

IMMAGINI 48 - 52

C. F. Møller, Akershus University Hospital, Oslo (Norvegia), 2009.

48. Vista esterna dei corpi paralleli

49. Pianta del primo piano.

50. Vista della galleria pubblica interna.

51. Vista estera.

52. Vista degli spazi interni di ristoro.

Esternamente, i corpi sono facilmente riconoscibili grazie ad un trattamento di facciata differente a seconda della funzione svolte; in particolare si possono individuare i corpi dei reparti, rivestiti in pannelli di alluminio e definiti da numerose aperture vetrate, e il percorso trasversale, in cui il materiale principale è il vetro.

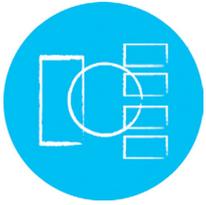


48



49





OSPEDALE NUOVO ÁLVARO CUNQUEIRO - Vigo, Spagna

Luis Vidal + architects, Anno 2015

Superficie 297000 m²

La configurazione a corpi aggregati di uno degli ospedali più grandi della Spagna si compone di una piastra dei servizi generali, una stecca che ospita la zona pubblica al pt e i servizi tecnici ai piani superiori e di corpi denominati "vele" dove sorgono i reparti e le aree di degenza. Quest'ultima parte si compone di 6 elementi che si innestano alla stecca più interna come delle piccole navi al proprio molo. La metafora, utilizzata dagli stessi progettisti, introduce a un concetto di cura non limitato all'eliminazione della patologia ma finalizzato a una rigenerazione dell'equilibrio psico-fisico di un utente e al suo successivo ritorno alla vita quotidiana, come una nave che torna a salpare i propri mari. Questi corpi infatti, oltre a definire un'immagine contemporanea attraverso i particolari pannelli cerulei di rivestimento, le lunghe finestre a nastro e la curvatura che li avvolge nella parte terminale, evidenziano la stretta collaborazione tra la ricerca tecnologica che caratterizza il complesso sanitario, considerato uno dei più avanzati sotto il punto di vista delle tecnologie sostenibili per la realizzazione, e l'attenzione alle istanze umane portata avanti dai progettisti. Nonostante le grandi dimensioni dell'edificio infatti lo spazio interno risulta confortevole e facilmente leggibile e finalizzato alla riduzione dello stress e al supporto della terapia medica per accelerare il processo di guarigione dei pazienti anche attraverso giardini interni opportunamente progettati per essere dei veri e propri *healing garden*. Gli spazi pubblici concorrono alla persecuzione di tali obiettivi ricercano una possibile connessione con la realtà esterna attraverso servizi pubblici posizionati lungo la stecca longitudinale adiacente alle vele. Questo corpo funge inoltre da contenitore dei servizi di collegamento verticale spazio regolatore intermedio tra i corpi adiacenti.

IMMAGINI 53 - 56

Luis Vidal + architects, New Álvaro Cunqueiro Hospital, Pontevedra (Spagna), 2015.

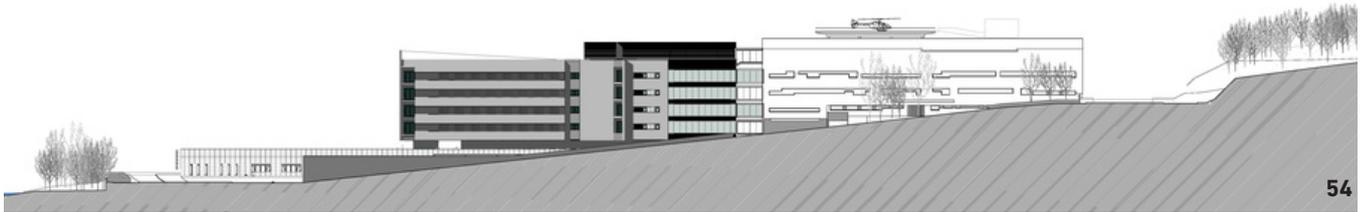
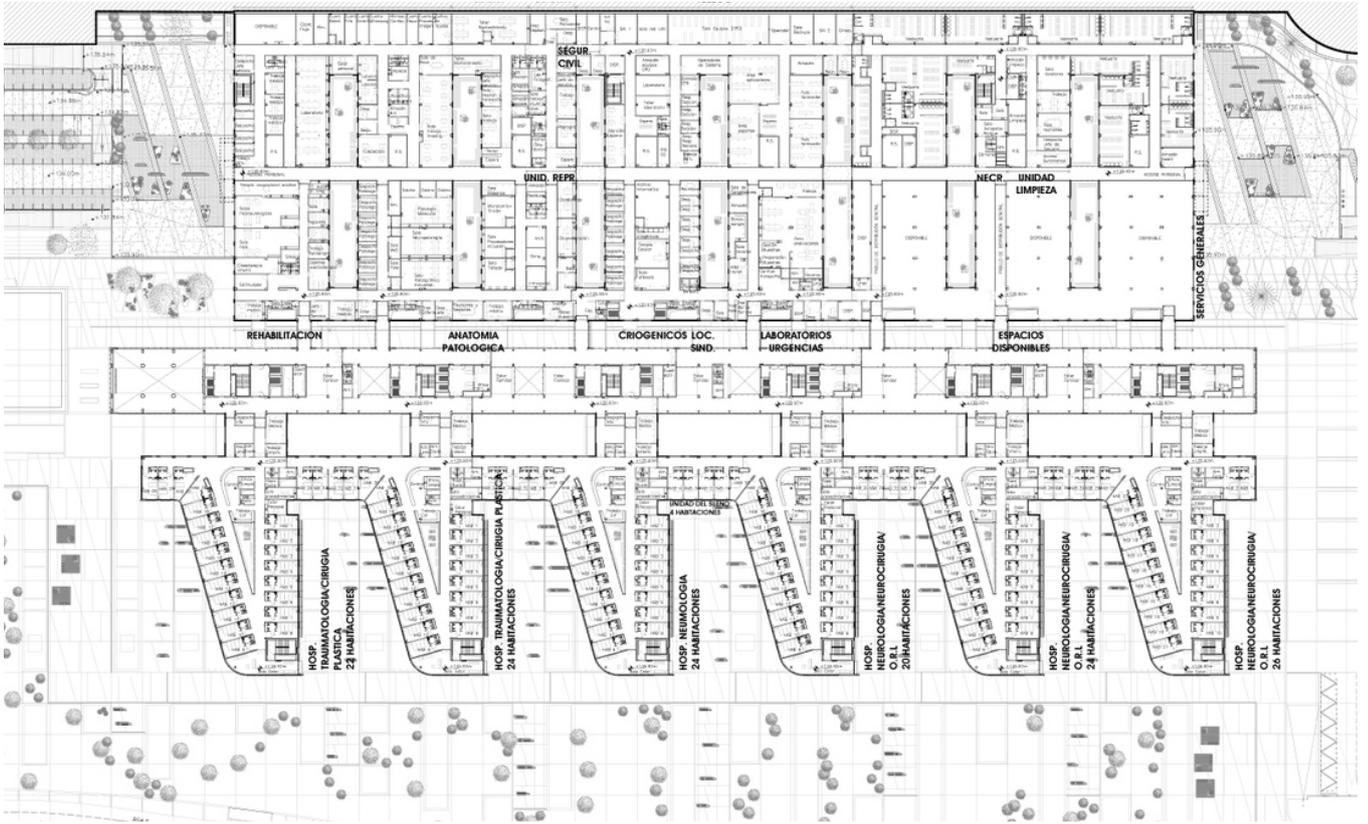
53. Vista delle "vele" dei servizi di degenza.

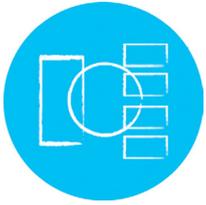
54. Pianta piano tipo e sezione trasversale.

55. Vista della zona degli ingressi.

56. Particolare del sistema di rivestimento dei corpi paralleli.







OSPEDALE REY JUAN CARLOS - Madrid, Spagna
Rafael de La-Hoz, Anno 2012
Superficie 90000 m²

Il centro ospedaliero sorge in una località chiamata Mostoles, un comune popoloso integrato nel territorio della città metropolitana di Madrid. Situato in prossimità dell'autostrada che porta alla vicina capitale, l'ospedale riveste un ruolo fondamentale anche nella didattica e ricerca universitaria dell'ateneo di cui fa parte e attraverso una configurazione interessante vuole eliminare i legami con quell'architettura sanitaria *"inutilmente drammatica e talvolta depressiva"*¹.

L'architettura si compone di tre corpi principali (i due cilindri irregolari in copertura che ospitano le degenze ordinarie e pediatriche, e il blocco di terra, comprendente tre parallelepipedi paralleli in cui sono ospitate le funzioni diagnostiche e specialistiche) che, a loro volta, si configurano secondo tre concept principali: la centralità dell'utente intesa come necessità di predisporre spazi capaci di supportare il trattamento medico, la funzionalità espressa attraverso la definizione di spazi e funzioni specifiche facilmente riconoscibili e raggiungibili attraverso una circolazione chiara e dedicata, e la sostenibilità, continuamente ricercata attraverso un'architettura che vuole integrarsi all'ambiente che la accoglie e cerca di farlo arrivare all'interno della propria volumetria. Osservando le due particolari "corone" sulla sommità del blocco regolare si può riconoscere il tentativo di proporre uno spazio non comune, una composizione morbida che lascia spazio alla corte centrale, uno spazio protetto in cui verde, spazi attrezzati e di relazione offrono all'utenza un luogo dove architettura, luce e silenzio divengono terapeutici.

IMMAGINI 57 - 61

Rafael de La-Hoz, Ospedale Rey Juan Carlos, Madrid (Spagna), 2015.

57. Vista del corpo di base e di una torre di degenza.

58. Pianta piano tipo delle torri di degenza e sezione trasversale.

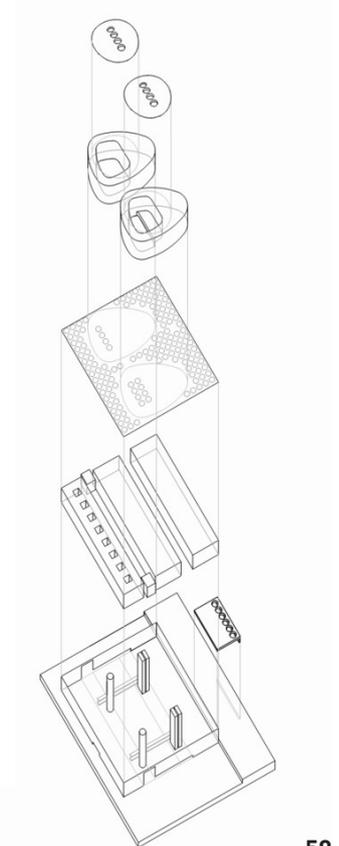
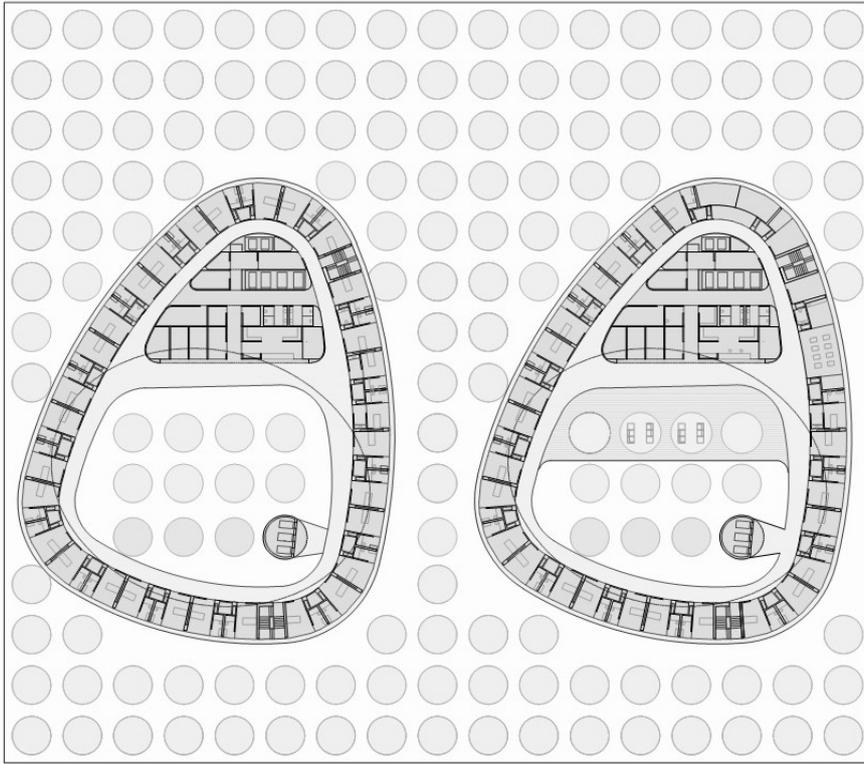
59. Esploso assonometrico.

60. Vista di un patio interno.

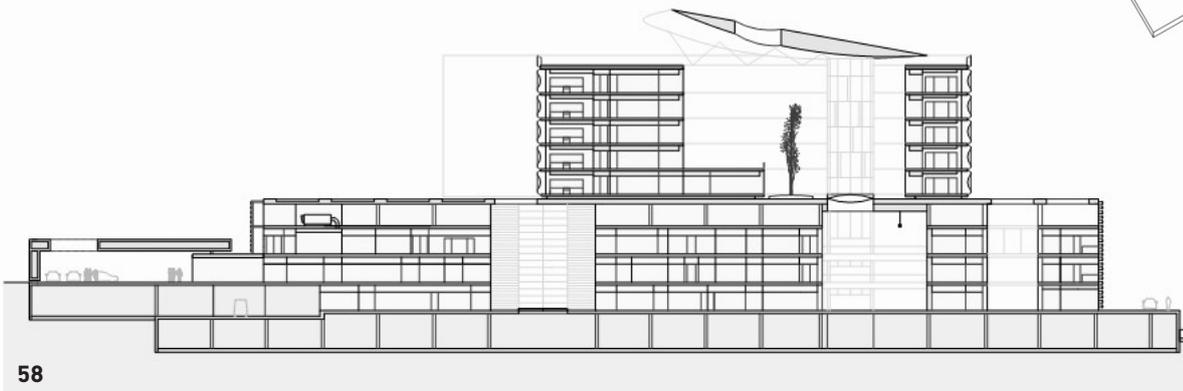
61. Vista di una camera di degenza.

¹ I progettisti descrivono il progetto dell'Ospedale Rey Juan Carlos come un tentativo di abbandonare configurazioni, non adeguate agli standard sanitari attuali, che hanno caratterizzato numerose realizzazioni dell'ultimo quarto di secolo. Vedi: <http://www.rafaeldelaho.com/project-plus-health-01.html#> (Ultima consultazione 09/07/2019)





59



58



60



61

4.3.3 NUOVE ARCHITETTURE OSPEDALIERE IN ITALIA



IMMAGINE 62

Mario Botta, Studio Redaelli Associati, Ospedale nuovo di Vimercate, 2010. Vista d'insieme del complesso ospedaliero.



OSPEDALE NUOVO

VIMERCATE

Mario Botta, Studio Redaelli Associati
ANNO 2006 - 2010



IMMAGINE 63

Aymeric Zublena SCAU, Tecnarch, Studio Monaco Martini, Studio Traversi, Ospedale Papa Giovanni XXIII, Bergamo, 2012. Vista d'insieme.



L'OSPEDALE PAPA GIOVANNI XXIII

BERGAMO

Aymeric Zublena, Studio Monaco
Martini, Studio Traversi, Tecnarch
ANNO 2012



IMMAGINE 64

Mario Cucinella Architects, Studio Altieri, Ospedale Santo Stefano, Prato, 2013. Vista d'insieme.



NUOVO OSPEDALE S. STEFANO

PRATO

Mario Cucinella Architects, Studio Altieri
ANNO 2013



IMMAGINE 65

SCAU, Struttura Tecnica ULSS17, STEAM Architettura e Ingegneria, Studio Sansoni, Ospedali Riuniti Madre Teresa di Calcutta, Padova, 2014. Vista d'insieme.



NUOVI OSPEDALI RIUNITI

PADOVA

Struttura Tecnica ULSS17, STEAM
Ingegneria e Architettura, SCAU, Studio
Sansoni
ANNO 2014



IMMAGINE 66

Stefano Boeri Architetti - Gianandrea Barreca, Giovanni La Varra, Nuovo Policlinico, Milano, (progetto). Vista d'insieme.



NUOVO POLICLINICO

MILANO

Stefano Boeri Architetti - Stefano Boeri,
Gianandrea Barreca, Giovanni La Varra
ANNO 2006 - *IN CORSO*

L'architettura organizza la suddivisione delle funzioni principali di accoglienza, di diagnosi/cura e di degenza; la tipologia si suddivide in blocchi interconnessi caratterizzati da un andamento planimetrico riconoscibile e un progressiva riduzione della dimensione pubblica per arrivare a luoghi più intimi e privati seguendo l'a successione dei corpi di fabbrica:

- La stecca degli accessi;
- la piastra centrale ad alta specializzazione;
- i "petali" degli spazi di degenza.

I percorsi interni e gli spazi esterni possono essere considerati il quarto elemento di cui si compone l'Ospedale in quanto rivestono un ruolo di primaria importanza.

SCHEDA A PAG. 162

Il complesso ospedaliero si divide nei tre elementi principali:

- la piastra centrale che assume una forma architettonica riferita alla ricerca tecnologica e alle attività specialistiche svolte all'interno attraverso un corpo con asse di simmetria centrale e una copertura a piani inclinati;
- le sette torri di degenza, di cinque piani ciascuna, disposti su tre lati del corpo centrale;
- la Hospital Street, il grande percorso anulare tangente ai 7 blocchi degenza e perimetrale rispetto alla piastra tecnologica centrale.

La tipologia ibrida, a nucleo centrale, permette un'ottimale suddivisione dei reparti e dei dipartimenti tramite una distribuzione spaziale capace di garantire la medesima distanza di ogni unità dai servizi comuni centrali.

SCHEDA A PAG. 164

Il corpo unico, a sviluppo orizzontale, determina un'architettura compatta ma allo stesso tempo permeabile e intervallata da aperture e sottrazioni volumetriche. Gli ambienti ruotano attorno a un'ampia corte centrale, parzialmente occupata al pt da uno spazio di accoglienza a doppia altezza che individua l'ingresso principale e il percorso che conduce agli spazi pubblici, a cui si agganciano i percorsi principali e le connessioni verticali. Dalla planimetria del piano terra si può riconoscere la forma ad H del complesso e individuare le componenti principali:

- la corte verde centrale;
- il connettivo principale;
- i blocchi attività.

SCHEDA A PAG. 166

È possibile sintetizzare le soluzioni che hanno portato alla progettazione del polo ospedaliero in 4 azioni cardine:

- la dimensione umana delle architetture e il rispetto del territorio circostante ;
- il modello ibrido orizzontale capace di ottimizzare gli spazi in una configurazione chiara, leggibile e accogliente;
- i percorsi ortogonale di distribuzione orizzontale che si inseriscono nella sistema regolare degli edifici;
- le grandi corti vetrate che interrompono la continuità del blocco di ingresso (quello con lo spessore maggiore) e attivano un sistema verde interno.

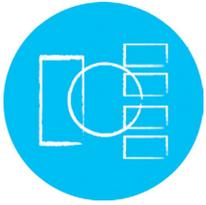
SCHEDA A PAG. 168

Il nuovo organismo si svilupperà in tre edifici principali che si organizzano secondo un sistema a corpi paralleli interconnessi da percorrenze trasversali, sia interne che pubbliche, poste alla quota urbana.

Nello specifico, gli elementi principali che contribuiranno alla definizione dell'architettura del nuovo organismo saranno:

- due parallelepipedi situati agli estremi nord e sud del lotto e di altezza pari a 7 piani;
- un corpo centrale interconnesso alle due stecche di degenza di tre piani;
- una grande piazza pubblica posta alla quota urbana;
- un ampio giardino pensile che costituirà la copertura del corpo centrale.

SCHEDA A PAG. 170



OSPEDALE DI VIMERCATE - Milano

Mario Botta, Studio Redaelli Associati, Anno 2006 - 2010

Superficie 115000 mq

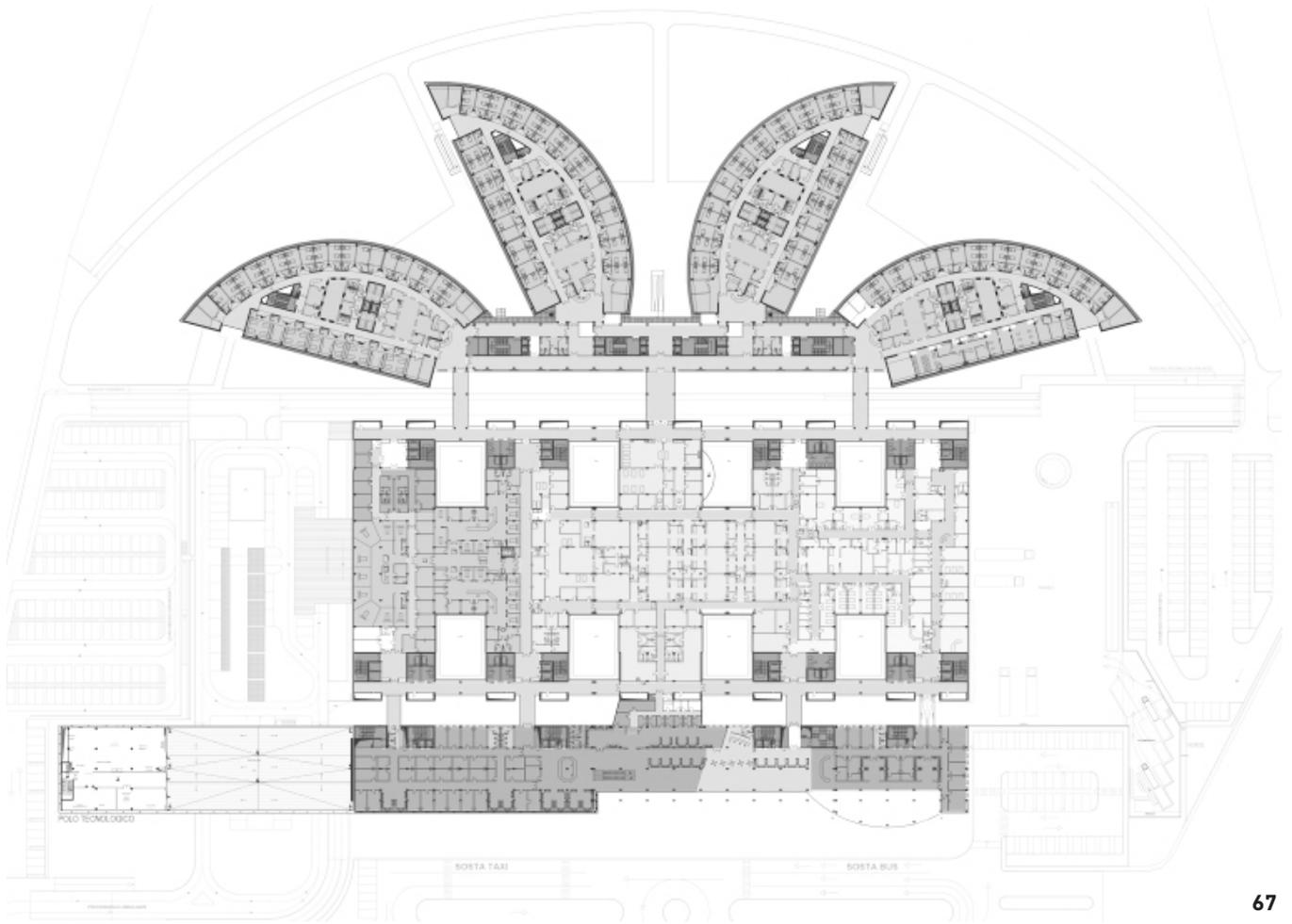
L'Ospedale di Vimercate incarna la scelta dei progettisti di allontanarsi dalla tradizionale architettura dei luoghi di cura per frantumare l'idea di recinto e "riabilitare" la funzione ospedaliera. L'impianto architettonico si sviluppa orizzontalmente, attraverso edifici di massimo 4 piani di altezza, per consentire all'utenza di ritrovare una dimensione simile a una cittadella, un piccolo ambito situato tra la città storica e le campagne adiacenti, interconnesso al tessuto urbano e connotato da una forte appartenenza territoriali. «L'ospedale accoglie l'uomo, sano o malato che sia»¹. Secondo questo principio, le funzioni ospitate all'interno della struttura di Vimercate non sono esclusivamente quelle di diagnosi, cura e riabilitazione, ma, ad esse, si aggiungono tutte le attività che possono garantire, a ogni categoria di utenza, di proseguire la propria vita anche all'interno dell'ospedale stesso. L'architettura organizza la suddivisione delle funzioni principali di accoglienza, di diagnosi/cura e di degenza; la tipologia si configura attraverso blocchi interconnessi caratterizzati da un andamento planimetrico fortemente riconoscibile:

- la stecca degli accessi rappresenta la prima interfaccia funzionale, luogo da cui inizia il percorso di avvicinamento alle funzioni sanitarie secondo un andamento graduale che proviene dal tessuto cittadino stesso, poco distante. Attraverso un edificio di spessore limitato ma con una lunghezza di circa 170 metri, gli spazi dell'accoglienza si innestano nella griglia regolare del blocco centrale dei servizi polispecialistici attraverso una *main street* e due assi periferici concludendosi da un lato con la torre tecnologica e, dall'altro, con l'ansa del servizio ristoro;
- la piastra centrale racchiude all'interno i servizi specialistici e costituisce il cuore della struttura ospedaliera. Mediante una griglia regolare a base rettangolare, l'architettura interpone spazi funzionali a corti praticabili utili alla risoluzione dei problemi di illuminazione e areazione dati dalla grande dimensione del corpo centrale;
- i 4 blocchi degenza, con un andamento planimetrico simile a dei grandi petali, ospitano invece i reparti e reinterpretano le linee della natura sviluppando spazi accoglienti e famigliari, opportunamente progettati per il soggiorno dei pazienti. I corpi concludono il percorso di attraversamento proveniente dalla piastra centrale per rivolgersi, attraverso i prospetti curvi e finestrati delle camere, verso il verde del parco circostante. Anche in queste aree, due corti interne, ricavate all'interno dei blocchi di degenza, assicurano un continuo contatto con l'esterno.

I percorsi interni e gli spazi esterni possono essere considerati il quarto elemento di cui si compone l'Ospedale di Vimercate. Essi rappresentano una ampia superficie appartenente a ognuno dei tre organismi architettonici principali e rappresentano lo strumento per connettere o isolare determinati blocchi logico funzionali² in accordo ai flussi, i quali determinano il posizionamento delle funzioni principali. I corridoi longitudinali di attraversamento si incrociano ai 5 percorsi trasversali generando una maglia (su cui si attestano gli spazi di risalita) che permette alle differenti tipologie di utenza di raggiungere ogni ambiente evitando sovrapposizioni di flussi di persone e/o materiali.

1 Regione Lombardia con Pessina Costruzioni, *Nuovo ospedale di Vimercate*, Monografia.

2 *Ibidem*.

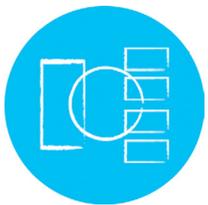


67



68

IMMAGINE 67,68
 Mario Botta, Studio Redaelli Associati, Ospedale nuovo di Vimercate, 2010.
 67. Planimetria del piano terra.
 68. Vista dell'aggancio tra un corpo degenza e il corpo centrale.



OSPEDALE PAPA GIOVANNI XXIII - Bergamo

Aeymeric Zublena, Studio Monaco Martini, Studio Traversi, Anno 2012

Superficie 320000 mq

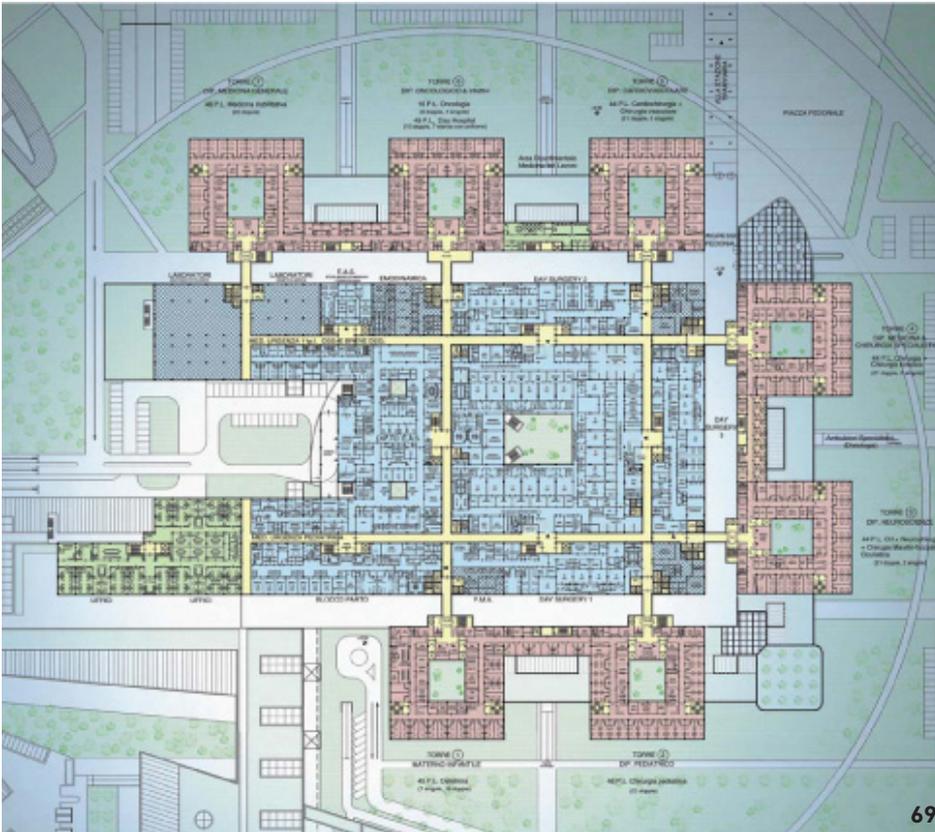
Il grande ospedale pubblico, posizionato nella parte meridionale delle colline bergamasche, fa parte di un intricato sistema territoriale che comprende la linea ferroviaria che conduce a Milano, due importanti arterie, urbane e interurbane, oltre al Parco della Trucca, il più grande spazio verde della città. L'ospedale diventa l'occasione per creare un nuovo polo urbano dove, oltre ai servizi per la salute, insistono servizi terziari e di svago. Il complesso ospedaliero si divide nei tre elementi principali:

- La grande piastra centrale, in cui si svolgono le attività di specialistiche e tecniche, assume una forma architettonica che si rifà alla ricerca tecnologica delle attività svolte all'interno dando luogo ad un corpo con asse di simmetria centrale e una copertura a piani inclinati in direzione dell'accesso al servizio di pronto soccorso. Lo schema strutturale di base segue il modulo 6.60 mt x 6.60 mt e assicura un elevato livello di flessibilità interna.

- La forma decisa e avveniristica del corpo centrale comunica con 7 torri di degenza, di 5 piani ciascuna, disposte su 3 lati. Suddividere il blocco degenza in 7 unità ha garantito una ottimizzazione degli spazi interni, organizzati in funzione del migliore orientamento e secondo uno schema che offre alle camere la possibilità di avere un affaccio sul panorama circostante e, in particolare, verso la città alta. Gli edifici sono infatti rivestiti da pareti vetrate, opportunamente schermate, in grado di filtrare la luce naturale ma, allo stesso tempo, permettere ai degenti di avere un contatto visivo continuo con gli ampi spazi verdi esterni.

- La *Hospital Street*, il grande percorso anulare, tangente ai 7 blocchi degenza e perimetrale rispetto alla piastra tecnologica centrale, rappresenta il luogo pubblico dell'ospedale, il percorso che ospita servizi commerciali e i luoghi di svago. L'ambiente ricrea l'atmosfera di una struttura pubblica svincolata dalle funzioni sanitarie e si articola attraverso un sistema in alluminio e vetro connettendo una successione di corti interne e spazi verdi all'aperto che tentano di ricreare un ambiente informale in grado di mitigare le condizioni di stress.

Il grande percorso anulare della *Hospital Street* rappresenta forse l'elemento più interessante dal punto di vista tipologico. Esso, infatti, oltre a guidare il sistema di orientamento interno (su di esso si attestano i due percorsi longitudinali e i tre trasversali che attraversano interamente la piastra centrale e si agganciano alle torri perimetrali), rappresenta il raccordo tra gli elementi che compongono il complesso (piastra tecnologica e torri degenza) oltre a definire l'immagine pubblica del nuovo centro ospedaliero. La tipologia a corpi aggregati, con nucleo centrale, permette una ottimale suddivisione dei reparti e dei dipartimenti e garantisce una distribuzione spaziale capace di garantire la medesima distanza di ogni unità dai servizi comuni centrali. Tale soluzione permette di ottenere il massimo vantaggio in termini distributivi a favore sia dell'utenza che degli stessi operatori.



69

IMMAGINE 69,70

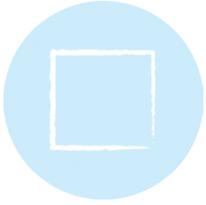
Studio Aymeric Zublena SCAU, Tecnarch, Studio Monaco Martini, Studio Traversi, Ospedale Papa Giovanni XXIII di Bergamo, 2013.

69. Planimetria del del primo piano e indicazioni funzionali.

70. Vista delle facciate dei blocchi degenza.



70



NUOVO OSPEDALE S. STEFANO - Prato

Mario Cucinella Architects, Studio Altieri, Anno 2013

Superficie 99000 mq

L'ospedale di Prato riprende e sviluppa i principi dei modelli progettuali realizzati dalla Commissione ministeriale guidata da Piano/Veronesi nel 2000. Il progetto fa parte di un piano di rinnovamento di 4 strutture sanitarie della parte settentrionale della regione toscana e si affianca ai nuovi centri ospedalieri di Pistoia, Lucca e delle Alpi Apuane, tutti realizzati nell'ambito del progetto "Nuovi Ospedali Toscani", coordinato dalle ASL di riferimento.¹ Lo studio Cucinella si è occupato di impostare il modello che avrebbe assunto il ruolo di riferimento per la progettazione dei singoli interventi in relazione allo specifico contesto territoriale e sociale; lo studio Altieri si è occupato della progettazione architettonica e strutturale dell'edificio ospedaliero di Prato. L'ospedale S. Stefano è stato il primo prototipo realizzato e ha contribuito alla definizione delle linee comuni ai quattro interventi, sia per quanto riguarda l'articolazione degli spazi, sia per il trattamento dei prospetti e, quindi, dell'immagine architettonica che ne consegue.

Il corpo unico, a sviluppo orizzontale, determina un'architettura compatta ma allo stesso tempo permeabile e intervallata da aperture e sottrazioni volumetriche. Gli ambienti ruotano attorno a un'ampia corte centrale, parzialmente occupata al piano terra da uno spazio di accoglienza a doppia altezza che individua l'ingresso principale e il percorso che conduce agli spazi pubblici, a cui si agganciano i percorsi principali e le connessioni verticali. Dalla planimetria del piano terra si può riconoscere la forma ad H del complesso e individuare le componenti principali:

- La corte verde centrale, luogo accessibile e riferimento principale per l'orientamento interno, garantisce un adeguato livello di illuminazione e ventilazione naturale. Lo spazio aperto, opportunamente attrezzato con sedute e alberature, è inoltre un importante luogo di socializzazione e scambio per i degenti, così come per i visitatori e gli stessi operatori.

- Il connettivo principale (perimetrale alla corte centrale) che conduce ai servizi ambulatoriali e di diagnostica posizionati al piano terra e ai differenti reparti localizzati nei piani superiori. Esso si sviluppa nello spessore esterno della corte verde attraverso un sistema a doppio corridoio in cui, nella fascia centrale, si inseriscono le scale e gli ascensori.

- I blocchi attività, ovvero i corpi rettangolari paralleli che ospitano le funzioni principali e i reparti. Tali elementi non individuano delle funzioni specifiche ma collocano le funzioni interne secondo una logica di stratificazione delle funzioni. L'altezza di 4 piani garantisce un'agevole suddivisione delle attività secondo un andamento verticale che, in modo graduale, colloca la parte più privata delle degenze nei piani terzo e quarto, con vista verso le colline pratesi.

Le numerose aperture vetrate che si alternano ai pannelli opachi contraddistinguono gli involucri dei quattro interventi, i quali si differenziano, tuttavia, per le tonalità di colori utilizzati. L'andamento ritmico dei pannelli muta laddove i pannelli divengono elementi microforati che costituiscono un ambito aperto/coperto di attesa ai servizi a diretto contatto con l'utenza esterna (dialisi, ambulatori) o il rivestimento dei sistemi di emergenza, in corrispondenza con le parti terminali del blocco attività in cui è posizionato l'ingresso principale alla struttura.

¹ SIOR Sistema Integrato Ospedali Toscani, associazione nata nel 2003 di cui fanno parte le Asl1 di Massa e Carrara, Asl2 di Lucca, Asl3 di Pistoia e Asl4 di Prato.



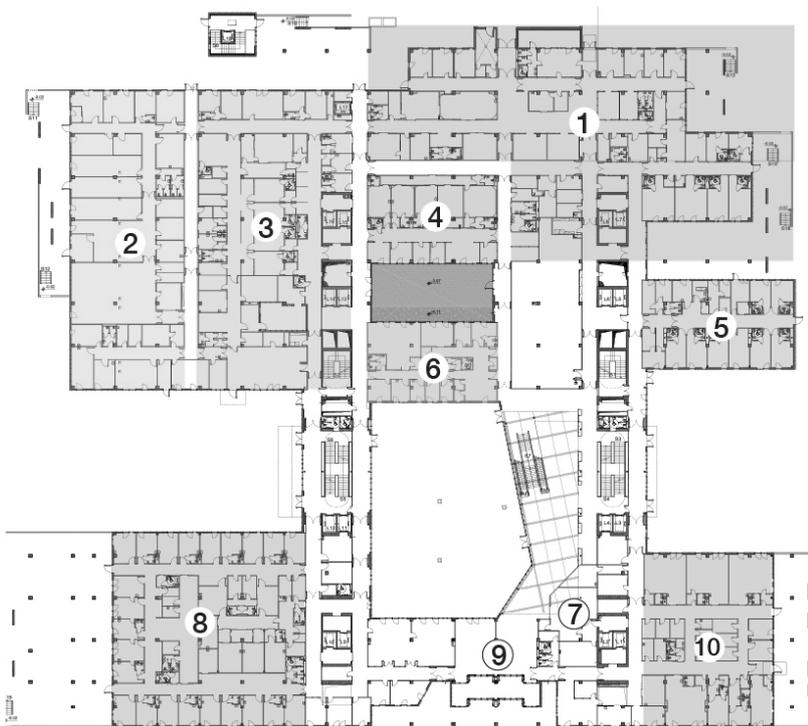
71

IMMAGINE 71,72

Mario Cucinella Architects, Studio Altieri, Ospedale Santo Stefano, Prato, 2013.

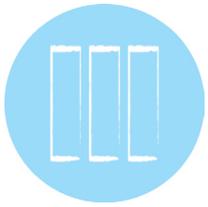
71. Vista degli spazi verdi interstiziali.

72. Planimetria del piano terra.



- 1 Pronto Soccorso
- 2 Laboratorio
- 3 Radiologia e radiodiagnostica
- 4 Endoscopia
- 5 Psichiatria
- 6 Trasfusionale
- 7 Distribuzione farmaci
- 8 Aree ambulatoriali
- 9 Ingresso NOA
- 10 Dialisi

72



NUOVI OSPEDALI RIUNITI - Padova

Struttura Tecnica ULSS17, STEAM Ingegneria e Architettura, SCAU, Studio Sansoni, Anno 2014

Superficie 75000 mq

La grande copertura ondulata reinterpreta il contesto collinare il cui il nuovo polo ospedaliero si inserisce. Le colline tra Este e Monselice rappresentano l'ispirazione principale di un elemento insolito per una struttura ospedaliera ma che, in questo caso, riesce a sviluppare una articolazione volumetrica e spaziale convincente ritornando a dare «[...] dignità di opera architettonica ad un volume edilizio che per anni è stato considerato solo per i suoi aspetti ingegneristici, di efficienza condizionata alle procedure medico-cliniche»¹.

L'ospedale si concretizza in tre lunghe stecche parallele ma, tramite la grande onda di copertura, raccordate un unico organismo frammentato ma interconnesso. I tre corpi allungati sono a loro volta suddivisi dagli ampi percorsi trasversali che determinano l'esistenza dei 9 edifici principali e allo stesso tempo, ne garantiscono i reciproci collegamenti principali. L'organizzazione degli spazi segue il principio dei livelli di privacy e di intensità di cura, determinando una suddivisione graduale delle funzioni dall'ingresso verso nord, oltre che dal piano terra verso il quarto e ultimo livello. È possibile sintetizzare le soluzioni che hanno portato alla progettazione del polo ospedaliero in 4 azioni cardine:

- la dimensione umana delle architetture e il rispetto del territorio circostante come principio fondamentale di ogni architettura che miri a soddisfare un bisogno umano. L'altezza massima di quattro piani, una attenta configurazione degli spazi interni e il corpo morbido della copertura aggettante trasmettono chiarezza e leggibilità oltre ad un rassicurante rimando alle forme naturali;
- il modello ibrido orizzontale capace di ottimizzare gli spazi in una configurazione chiara, leggibile e accogliente grazie anche al grande atrio che caratterizza il sistema degli ingressi e ne restituisce un'immagine confortevole e de-istituzionalizzante;
- i percorsi ortogonali di distribuzione orizzontale che si inseriscono nel sistema regolare degli edifici e facilitano le attività comuni e la interdisciplinarietà dei reparti;
- le grandi corti vetrate che interrompono la continuità del blocco di ingresso (quello con lo spessore maggiore) e attivano un sistema verde interno in grado entrare direttamente in relazione con i fruitori dei nuovi spazi sanitari.

L'Ospedale di Monselice acquista la dimensione di un *landmark* urbano pur sviluppandosi orizzontalmente per non interferire con il delicato contesto ambientale dei Colli Euganei. Tuttavia, la grande copertura, oltre a rispondere ad esigenze formali e ambientali, introduce una serie di soluzioni tecnologiche che attivano una collaborazione tra lo spazio e gli elementi costruttivi che lo definiscono. In particolare, l'andamento curvo delle strutture del tetto favorisce il raffrescamento passivo e una ventilazione naturale degli spazi di accesso, accoglienti e confortevoli, oltre a proteggere le degenze dall'irraggiamento diretto ma permettendo al sole di giungere fino alle corti interne su cui esse affacciano.

¹ M. Carabillò, *Un ospedale nel verde*, in *Progettare per la sanità*, Ottobre, 2015.



73



74

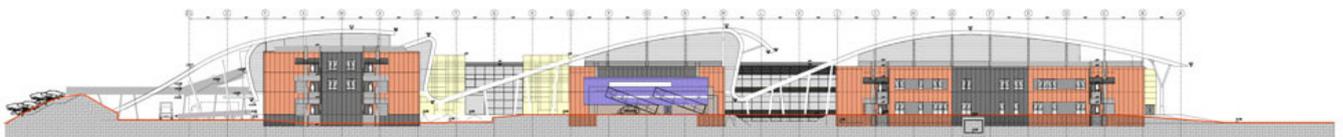
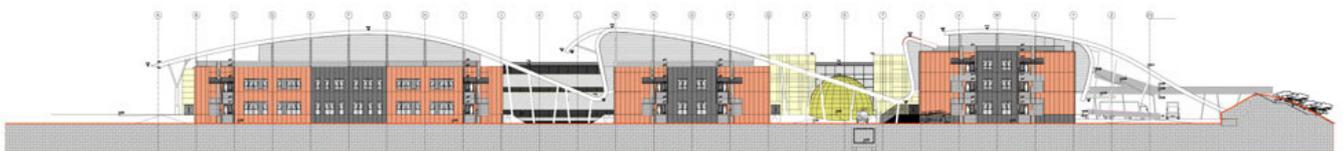
IMMAGINI 73-75

Struttura Tecnica ULSS17, STEAM Ingegneria e Architettura, SCAU, Studio Sansoni, Nuovi Ospedali riuniti Padova Sud, Monselice, 2014.

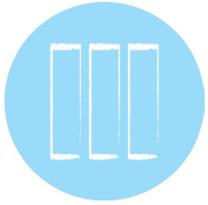
73. Dettaglio del sistema di sostegno della copertura.

74. Vista delle aree verdi posizionate tra i padiglioni.

75. Prospetto.



75



NUOVO POLICLINICO - Milano

Stefano Boeri Architetti - Stefano Boeri, Gianandrea Barreca, Giovanni La Varra, Anno 2006 - *IN CORSO*

Superficie 70000 mq

Il progetto per il nuovo complesso medico materno infantile del Policlinico di Milano si sviluppa attraverso l'inserimento di nuovi corpi da integrare al complesso sistema urbano che ospita la struttura ospedaliera esistente fin dal 1400. Posizionandosi in un'area attualmente interna del grande polo ospedaliero Ca' Granda, il nuovo organismo si compone di tre edifici principali che si organizzano secondo un sistema a corpi paralleli interconnessi da percorrenze trasversali, sia interne che pubbliche, poste alla quota urbana. Nello specifico, gli elementi principali che contribuiscono alla definizione della nuova struttura sanitaria sono:

- Due parallelepipedi posti agli estremi nord e sud del lotto e di altezza pari a sette piani in cui verranno posizionate le camere e i servizi di degenza dell'area dedicata alla donna, al neonato e al bambino (nel blocco sud) e l'area medico chirurgica (nel blocco nord).
- Un corpo centrale, interconnesso alle due stecche di degenza di tre piani, che ospiterà i servizi diagnostici e le attività specialistiche, le sale operatorie, l'area maternità e le aree commerciali, di ristoro e per gli incontri formativi.
- Una grande superficie permeabile posta alla quota urbana che costituirà il livello pubblico in grado di far interagire tra loro le nuove architetture e garantire una corretta relazione spazio-funzionale con le preesistenze.
- Un grande giardino pensile di circa 6000 mq che costituirà la copertura del corpo centrale e individuerà una zona aperta attrezzata in cui spazi verdi, con circa 100 alberi di differenti specie, potranno ospitare attività terapeutiche o anche solo funzioni collettive, ludiche e di incontro.

Il nuovo Policlinico aspira a diventare un nuovo riferimento per la città di Milano e un modello da seguire per la realizzazione di nuove architetture per la Salute posizionate all'interno del tessuto urbano e interconnesse a complessi storici di estremo valore culturale come quello della Ca' Granda.

«Quello di cui stiamo parlando non è solo la costruzione di un ospedale all'avanguardia nel centro della città, ma di un grande progetto con implicazioni su tutto il territorio cittadino da un punto di vista sociale, urbanistico, architettonico, culturale e ambientale»¹.

L'immagine architettonica dei corpi perimetrali mantiene la regolarità volumetrica degli edifici circostanti ma utilizza un linguaggio contemporaneo e caratterizzato da ampie superfici vetrate per garantire una visione del verde centrale e della città intorno. Per mitigare l'illuminazione naturale, l'Arch. Boeri ha scelto di inserire pannelli verticali alternando differenti colori tenui e dimensioni modulari. Il corpo centrale invece è caratterizzato dalla base vetrata e permeabile su cui si attesa un elemento rivestito da pannelli, a trama orizzontale e di colore bianco, da cui spunta la fitta vegetazione del verde di copertura.

¹ Intervento di Marco Giachetti, Presidente del Policlinico durante la Conferenza Stampa del 29/06/2017 presso la Clinica Mangiagalli, Policlinico di Milano. Per approfondire: <https://www.policlinico.mi.it/chi-siamo/il-nuovo-policlinico> (Ultima consultazione 05/03/2019)

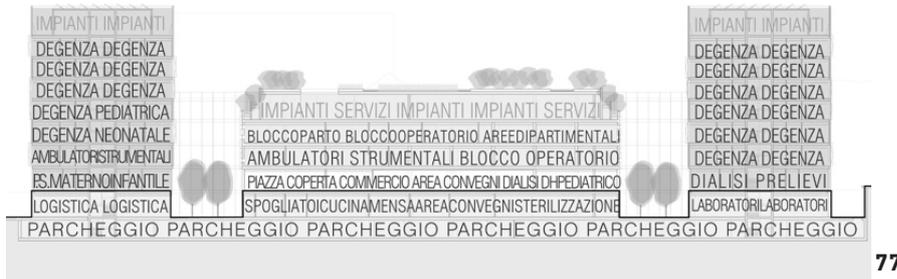


IMMAGINE 76-78

Stefano Boeri Architetti - Stefano Boeri, Gianandrea Barreca, Giovanni La Varra, Nuovo Policlinico di Milano, 2006 - in corso. Render di progetto.

76. Vista del fronte verso la chiesa dell'Annunziata.

77. Sezione schematica trasversale.

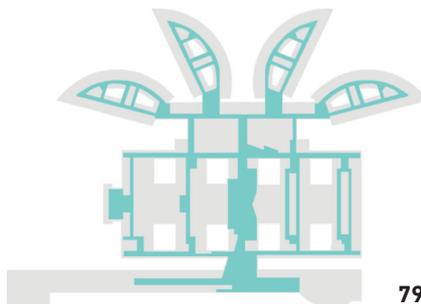
78. Pianta del piano tipo e dalla copertura verde del padiglione centrale.



IMMAGINE 79, 80

79. Schema sintetico dei percorsi principali. Elaborazione grafica dell'autore.

80. Vista dei percorsi di collegamento interni.



79



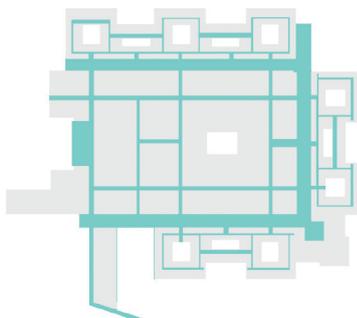
80

IMMAGINE 81,82

Aymeric Zublena SCAU, Tecnarch, Studio Monaco Martini, Studio Traversi, Ospedale Papa Giovanni XXIII, Bergamo, 2012.

81. Schema sintetico dei percorsi principali. Elaborazione grafica dell'autore.

82. Vista della Hospital Street



81



82

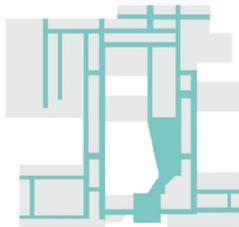
IMMAGINE 83,84

Mario Cucinella Architects, Studio Altieri, Ospedale Santo Stefano, Prato, 2013.

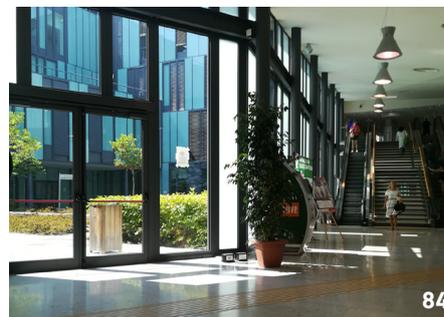
83. Schema sintetico dei percorsi principali. Elaborazione grafica dell'autore.

84. Vista dello spazio di ingresso e della corte centrale.

Foto dell'autore



83



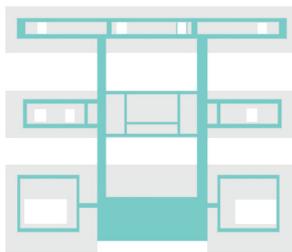
84

IMMAGINE 85,86

SCAU, Struttura Tecnica ULSS17, STEAM Architettura e Ingegneria, Studio Sansoni, Ospedali Riuniti Madre Teresa di Calcutta, Padova, 2014.

85. Schema sintetico dei percorsi principali. Elaborazione grafica dell'autore.

86. Vista degli spazi d'ingresso e dell'area accoglienza.



85



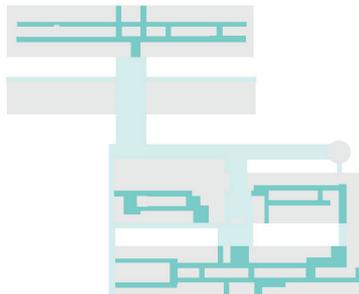
86

IMMAGINE 87,88

Stefano Boeri Architetti - Gianandrea Barreca, Giovanni La Varra, Nuovo Policlinico, Milano, (progetto).

87. Schema sintetico dei percorsi principali. Elaborazione grafica dell'autore.

88. Dettaglio del corpo di collegamento tra il padiglione centrale e l'edificio delle degenze.



87



88

4.3.4 CONCLUSIONI

L'attenzione dei progettisti rivolta alla definizione del sistema degli accessi e della distribuzione denota l'importanza della corretta composizione dei flussi, i quali determinano una contaminazione tra la realtà organizzativa e quella spaziale di un edificio ospedaliero. Ne deriva che la loro impostazione può essere considerata come un nodo fondamentale la cui corretta interpretazione contribuisce in maniera rilevante a determinare il buon funzionamento, o viceversa l'insuccesso, di un'architettura sanitaria.

«[...]l'accezione di flusso ha acquistato oggi un valore architettonico che si riscontra nella crescente importanza che assumono gli spazi pubblici nelle strutture ospedaliere (hall di ingresso, streets, connettivi, collegamenti verticali, spazi commerciali, ecc). Spesso sono proprio questi spazi a dare vita al concept creativo dell'intero edificio ed a rendere leggibile lo spazio per le persone, considerate soggetti attivi nella tutela dei propri diritti, che vivranno tale spazio»¹.

Gli schemi a lato individuano il complesso sistema dei percorsi di distribuzione delle architetture precedentemente descritte. Si può notare come l'apparato connettivo interno ai complessi ospedalieri sia un sistema fortemente complesso e peculiare a ogni realizzazione, seppur riconducibile alla medesima tipologia d'impianto generale. Nonostante le specificità di ogni soluzione compositiva, è possibile individuare una metodologia progettuale comune declinata in differenti soluzioni spaziali; nei cinque casi riportati si possono individuare delle strategie progettuali comuni:

- La rete dei percorsi si sviluppa secondo un andamento gerarchico che prevede che i collegamenti tra i vari blocchi, o quelli prossimi agli accessi, abbiano una dimensione nettamente superiore e una complessità spaziale che attribuisce loro significato e un carattere fortemente identitario. La circolazione secondaria contribuisce successivamente a innervare tutta la struttura attraverso un connettivo di dimensioni ridotte e maggiormente orientato alla distribuzione di servizio (staff, pazienti).

- Le aree di ingresso rappresentano un importante dispositivo spaziale simbolico attraverso cui le aziende ospedaliere instaurano per la prima volta un rapporto psico-emotivo con l'utenza producendo importanti effetti sulla percezione dello spazio, anche a lungo termine. Per questo motivo i grandi atri affermano il rinnovato ruolo predominante nell'intero *layout* architettonico attraverso configurazioni complesse, ma di proporzioni controllate, sviluppate in ampie superfici dedicate.

- La luce costituisce un elemento di estrema importanza in ogni realizzazione orientata al perseguimento dei principi di qualità architettonica in un'ottica di umanizzazione. I cinque progetti utilizzano ampie vetrate su corti interne, pareti trasparenti aperte su spazi verdi perimetrali o ampi lucernai per filtrare la luce naturale all'interno degli spazi di connessione e mantenere la consapevolezza dello scorrere del tempo.

- La regolarità e la riconoscibilità degli spazi di collegamento rappresenta un fattore in grado di migliorare l'esperienza di fruizione dello spazio garantendo l'autonomia dell'utenza e un facile orientamento. Soluzioni peculiari e facilmente identificabili - la sequenza di alberi nella Hospital Street di Bergamo, la struttura reticolare di copertura degli spazi d'accesso dell'Ospedale di Padova, l'ampia scalinata sulla doppia altezza degli ingressi dell'ospedale di Prato - insieme a una segnaletica appositamente studiata per ogni soluzione, assicurano un corretto utilizzo degli spazi, al massimo delle potenzialità, e una comprensione facilitata per un'utenza molteplice.

1 N. Setola, op. cit., pag.21.

CAPITOLO

5

CAPITOLO 5

DAI REGOLAMENTI ALLE ESPERIENZE

5.1 LE CATEGORIE FUNZIONALI

L'attività prioritaria che le strutture sanitarie mirano ad assicurare è quella della cura efficace e tempestiva. Seguendo tale obiettivo primario, lo sviluppo della disciplina medica si è rivolto verso l'estrema tecnicizzazione delle conoscenze cliniche e in direzione di un sempre maggiore utilizzo di tecnologie avanzate per una crescente e necessaria specializzazione delle cure. Ma il termine "curare" racchiude all'interno non solo l'intenzione di guarire, poiché, in accordo con le linee guida dell'OMS, l'azione di cura ha come finalità parallela quella di accudire, assistere, tenere in considerazione. Le definizioni della stessa parola "cura" comprendono infatti "l'interessamento che si mostra verso qualcuno o qualcosa", oppure "avere cura di qualcuno, occuparsene", oltre ovviamente a indicare anche "la terapia e le medicine usate per curare una malattia, o l'opera del medico nei confronti di un ammalato".¹ Si torna così a riprendere e ad integrare la concezione originaria del termine ospedale, quando i grandi centri si facevano «[...]contenitore della più disparata umanità: gente senza fissa dimora, emarginati sociali, poveri nel corpo e nello spirito, derelitti di ogni genere e certamente anche malati; ma a questa popolazione fragile l'ospedale dava, per l'appunto, come l'etimologia lo spiega, solo ospitalità».²

La costante e radicale variazione degli scopi rende l'ospedale, e la rete di cui talvolta si compone, la struttura che meglio rappresenta le attività di cura. Esso, infatti, è il riferimento principale per tutti coloro che si trovano ad affrontare varie tipologie

1 Vedi URL <http://www.italiano.rai.it/articoli/cura/21949/default.aspx> (Ultima consultazione 10/04/2018)

2 C. Catananti, *Nascita ed evoluzione dell'ospedale: dall'ospitalità alla organizzazione scientifica*, in *Tendenze Nuove*, n°4, Edizioni Il Mulino, 1999.

di problemi di salute e si inserisce in ogni ambito territoriale con forza e autorità. Spesso, la sua stessa immagine architettonica, come precedentemente accennato, contribuisce a creare un sentimento favorevole o respingente, e rappresenta, per l'utente, il primo importante impatto con il mondo della salute. La concezione di Salute come "benessere multifattoriale", piuttosto che "assenza di patologia", ha contribuito, però, al moltiplicarsi di strutture che esulano dalle finalità tipiche dell'ospedale per focalizzarsi su aspetti che operano un'integrazione tra cura - spesso di media e lieve intensità - supporto e/o riabilitazione. Questi nuovi modelli di assistenza sono rivolti a coloro che si trovano in differenti condizioni di grave fragilità poiché coinvolti in un periodo di convalescenza e recupero post-acuzie, affetti da patologie croniche di varia natura, affetti da patologie psichiche invalidanti o, ancora, destinati ad anziani con scarsi livelli di autonomia personale e progressivo aumento del grado di disabilità. Questi gruppi di persone si distinguono per necessità, bisogni e urgenze specifiche, ma sono accomunati da una stessa esigenza, vale a dire quella di ricevere il giusto sostegno medico, sociale e relazionale per poter condurre una vita dignitosa, piena e stimolante. Per questo è stato scelto il termine "accompagnare". "Seguire una persona, andare con essa come compagno per affetto, onore o protezione" è il significato linguistico di una parola che, nel campo medico, implementa il proprio significato considerando l'assistenza socio-sanitaria come forma fondamentale di accompagnamento. Oltre agli operatori, l'architettura "accompagna" l'utente verso la vita quotidiana attraverso spazi intermedi che riprendono il contesto di vita a cui si appresta a fare ritorno, oppure tramite ambienti facilitanti che sostengono l'utente con cronicità ad affrontare le difficoltà quotidiane, o ancora, per mezzo di ambienti protesici e dedicati destinati a sostenere il particolare percorso di riabilitazione in caso di disabilità psichiche. Tuttavia, a volte, la soluzione abitativa temporanea può anche trasformarsi in condizione stabile e definitiva, una realtà in cui all'architettura non si richiede solo di sostenere un periodo di passaggio, ma di attivarsi, partecipare alla vita di ogni giorno e accogliere, nei suoi spazi, uomini e donne con importanti disabilità psicofisiche.

"Curare, accompagnare, accogliere" sono quindi le finalità che un'architettura sanitaria dovrebbe prefissarsi, sempre in coerenza con le attività mediche che essa si trova a dover corrispondere all'utenza. Sono queste le categorie funzionali che verranno prese in considerazione per proporre un metodo progettuale basato sulle effettive necessità dell'utente e impostato non più solamente sui rigidi regolamenti presentati nelle pagine precedenti.

"Passando dagli standard alle persone" si propone una modifica sostanziale delle fasi di progettazione che, seguendo l'esempio delle progettazioni presentate di seguito, comincia dall'analisi delle urgenze e dei bisogni dell'utenza afferente al servizio offerto e, solo successivamente, avvia la fase di verifica della corrispondenza degli spazi ai requisiti dettati dalla normativa vigente.

In particolare, la prossima selezione di architetture sanitarie contemporanee sottolinea la ritrovata attenzione dei progettisti per una progettazione "orientata" di alcuni ambienti specifici:

- CAMERA DI DEGENZA/CAMERA PERSONALE
- SPAZI DI SOGGIORNO
- AMBULATORI/STUDI PRIMA VISITA

- POSTAZIONI LAVORO OPERATORI
- SALE RIUNIONI
- ZONE DI DIAGNOSTICA
- ACCETTAZIONE E ACCOGLIENZA
- ATRIO E CONNETTIVO
- AREE DI ATTESA
- SPAZI ESTERNI

Tali ambiti sono stati individuati nell'ambito della ricerca per la redazione delle linee guida per l'umanizzazione dell'architettura sanitaria poiché spazi che, attraverso opportune analisi quantitative e qualitative svolte attraverso questionari e *focus group*, si sono rivelati maggiormente significativi rispetto al "profilo esigenziale" di pazienti, visitatori e operatori. Tali ambienti intervengono nella relazione tra l'uomo e lo spazio sanitario in modo differente a seconda della loro conformazione spaziale e delle caratteristiche dei luoghi a cui danno forma.

La stessa ricerca ha individuato quelle che possono essere considerate le principali istanze umane a cui far riferimento affinché un'architettura possa raggiungere un grado di umanizzazione elevato:

IL BENESSERE PSICO EMOTIVO

Le caratteristiche della risposta psico-emotiva dell'utente individuano il livello di benessere percepito da un soggetto. In particolare, tali reazioni dipendono da una serie di connessioni che l'uomo instaura con l'ambiente esterno (condizioni esogene) oltre che dai caratteri personali e peculiari di ognuno (condizioni endogene). Alcune esigenze specifiche sono state individuate al fine di riconoscere i fattori che maggiormente influenzano il benessere psico-emotivo di un soggetto oltre che intervenire nel tentativo di favorire il raggiungimento del più alto livello di soddisfazione percettiva. In un'ottica di umanizzazione dell'architettura, tra le altre, si possono citare:

- PRIVACY
- CONDIVISIONE
- CONTINUITÀ CON L'AMBIENTE DOMESTICO
- DISIMPEGNO MENTALE
- ASSISTENZA DA PARTE DI UN FAMILIARE
- CONTROLLO DELL'INTORNO
- INFORMAZIONI E COINVOLGIMENTO
- MANTENIMENTO DELL'IDENTITÀ CULTURALE
- CONTROLLO DELLO SCORRERE DEL TEMPO

IL BENESSERE AMBIENTALE

Questa specifica lettura del contesto consente di individuare le condizioni che favoriscono il positivo rapporto tra l'utente e l'ambiente. Il benessere ambientale, infatti, tiene conto di un insieme di caratteristiche che, se favorevoli, riescono a influenzare positivamente il benessere fisico e sensoriale di un soggetto o,

viceversa, generare situazioni di *discomfort*. Nello specifico, particolarmente importanti sono da ritenersi i seguenti aspetti:

- ACUSTICI
- TERMOIGROMETRICI
- VISIVI
- OLFATTIVI
- TATTILI

IL BENESSERE LAVORATIVO

Un contesto positivo e un ambiente favorevole possono intervenire in modo importante nella qualità delle attività lavorative svolte dal personale in servizio. In questo caso, l'attenzione è rivolta agli operatori delle strutture sanitarie ma si riflette anche sull'utenza di riferimento poiché fenomeni importanti di stress lavoro-correlato possono condurre a un abbassamento della qualità del lavoro. Per quanto riguarda i fattori di natura spaziale e/o ambientale sui quali è possibile intervenire, si possono citare:

- GESTIONE DEL FLUSSO DEI PAZIENTI
- SPAZI ADEGUATI
- MINIMIZZAZIONE DELLE DISTANZE PERCORSO
- CONTROLLO OPERATIVO DELLA STRUTTURA
- POSTAZIONI DI LAVORO PERSONALI
- MINIMIZZAZIONE DELLE INTERFERENZE
- CONTROLLO DELLE INTERAZIONI PAZIENTI FAMILIARE

LA FRUIBILITÀ

Questo aspetto comprende tutte le condizioni che permettono al soggetto di utilizzare in modo agevole e corretto gli spazi, gli arredi e le attrezzature. La necessità di predisporre un ambiente inclusivo e adatto a tutte le molteplici tipologie di utenti non considera solo l'eliminazione delle barriere architettoniche come strumento di progetto, ma individua una serie di esigenze umane da considerare; nello specifico:

- FACILITÀ DI ORIENTAMENTO E WAYFINDING
- ACCESSIBILITÀ E PRATICABILITÀ
- USO AGEVOLE DEGLI OGGETTI
- FRUIBILITÀ IN CONDIZIONI DI SICUREZZA

Per ognuno dei citati ambiti esigenziali possono essere individuate delle soluzioni progettuali e compositive in grado di soddisfare alcuni dei requisiti richiesti in relazione al rapporto funzionale di cura, supporto e/o accoglienza che la struttura sanitaria instaura con l'utenza. Nei tre casi studio seguenti saranno evidenziate le soluzioni utilizzate dai differenti team di progettazione nel perseguimento di specifici requisiti di comfort e benessere multifattoriale, sulla base dell'"intenzione" architettonica di partenza.

5.2 GLOSSARIO DELLE "INTENZIONI" ARCHITETTONICHE



CURARE

L'OSPEDALE DEI BAMBINI "PIETRO BARILLA"

OBR STUDIO & POLICREO

PARMA, 2013

Keywords

Integrazione urbana

Immagine architettonica

Spazi protesici

Tecnologia e innovazione



ACCOMPAGNARE

CENTRO DI RIABILITAZIONE PSICHIATRICA

MODUS ARCHITECTS

BOLZANO, 2016

Keywords

Integrazione residenziale

Dimensione umana

Spazi di relazione

Permeabilità sociale



ACCOGLIERE

CASA VERDE - CASA DI CURA PER DISABILITÀ NEUROPSICHICHE

LDA.IMDA ARCHITETTI ASSOCIATI

S.MINIATO, PISA, 2016

Keywords

Integrazione ambientale

Dimensione umana

Personalizzazione degli spazi

Ambienti terapeutici



5.2.1 CURARE

L'OSPEDALE DEI BAMBINI

OBR STUDIO & POLICREO 2013, PARMA

Per rappresentare il tema della cura, ovvero scegliere il simbolo del processo di diagnosi, trattamento terapeutico e potenziale guarigione di un individuo, è stato scelto l'ospedale dei Bambini di Parma, struttura dedicata ai bambini e agli adolescenti afferente all'Azienda Ospedaliero Universitaria della città. La particolare attenzione che il gruppo *Policreo*, insieme a *OBR Studio*, ha riservato alla progettazione del padiglione P. Barilla nasce dalla volontà di proporre la migliore soluzione architettonica a supporto della fascia più fragile della nostra società. Infatti, se l'architettura può contribuire al miglioramento di questi grandi complessi sanitari, è opportuno che inizi proprio dagli spazi nati per accogliere i bambini, quei piccoli che, senza responsabilità, spesso subiscono gli stessi luoghi che invece dovrebbero supportarli nel periodo più difficile.

Il nuovo padiglione si inserisce in un'area ad alta densità in cui insistono l'ex sede della struttura pediatrica e il padiglione che ospita il reparto maternità dell'Azienda Ospedaliero Universitaria. Progettazione integrata, incanto estetico, significato profondo e funzione sociale del mestiere dell'architetto: sono questi i temi che hanno guidato il team multidisciplinare di progettisti (psicologi, operatori sanitari e sound designer) nelle varie fasi di progettazione e hanno condotto alla realizzazione di un'architettura inserita, nel 2014, nella classifica delle 100 migliori architetture realizzate nei 10 anni precedenti dalla rivista *Edilizia e territorio* de *Il Sole 24 Ore*¹; uno spazio finalizzato a ricreare una nuova alleanza terapeutica tra l'architettura e i piccoli ricoverati.

La struttura, di 4 piani fuori terra, si sviluppa attraverso un volume regolare, con una base ad L, che abbraccia il vecchio polo pediatrico, attualmente inutilizzato. L'architettura si avvicina alle strutture preesistenti ma vi si discosta per forma, materia e immagine. Il nuovo polo ospedaliero è destinato a rendere meno difficile il rapporto con la cura per quei bambini, quei genitori e tutto il personale che ogni giorno combatte a fianco dei piccoli malati. Le soluzioni che l'architettura utilizza sono i colori, la luce e le trasparenze: i grandi prospetti utilizzano questi elementi traducendoli in grandi schermi vetrati, ritmati da montanti ad andamento verticale che riflettono il mondo esterno e le sue sfumature. I vibranti prospetti definiscono un involucro continuo ma costantemente variabile nei colori dei grandi assi verticali.

All'interno, la luce e il continuo contatto con l'esterno - tramite le grandi pareti vetrate - rendono meno traumatico il periodo di degenza e permettono ai piccoli ricoverati di mantenere la percezione dello scorrere del tempo. Lo spazio è inondato di luce naturale in ogni ambito grazie alle superfici ridotte dell'intervento, alle pareti trasparenti ma, soprattutto, grazie al grande patio centrale. Questa corte aperta, posizionata al primo piano, consente alla luce di raggiungere anche gli spazi più interni e, al contempo, separa e congiunge, tramite una passerella sospesa posta ai piani superiori, differenti aree funzionali, rendendo di facile lettura i percorsi interni.

1

Vedi: <http://www.ediliziaeterritorio.ilssole24ore.com> (Ultima consultazione 13/04/2018)

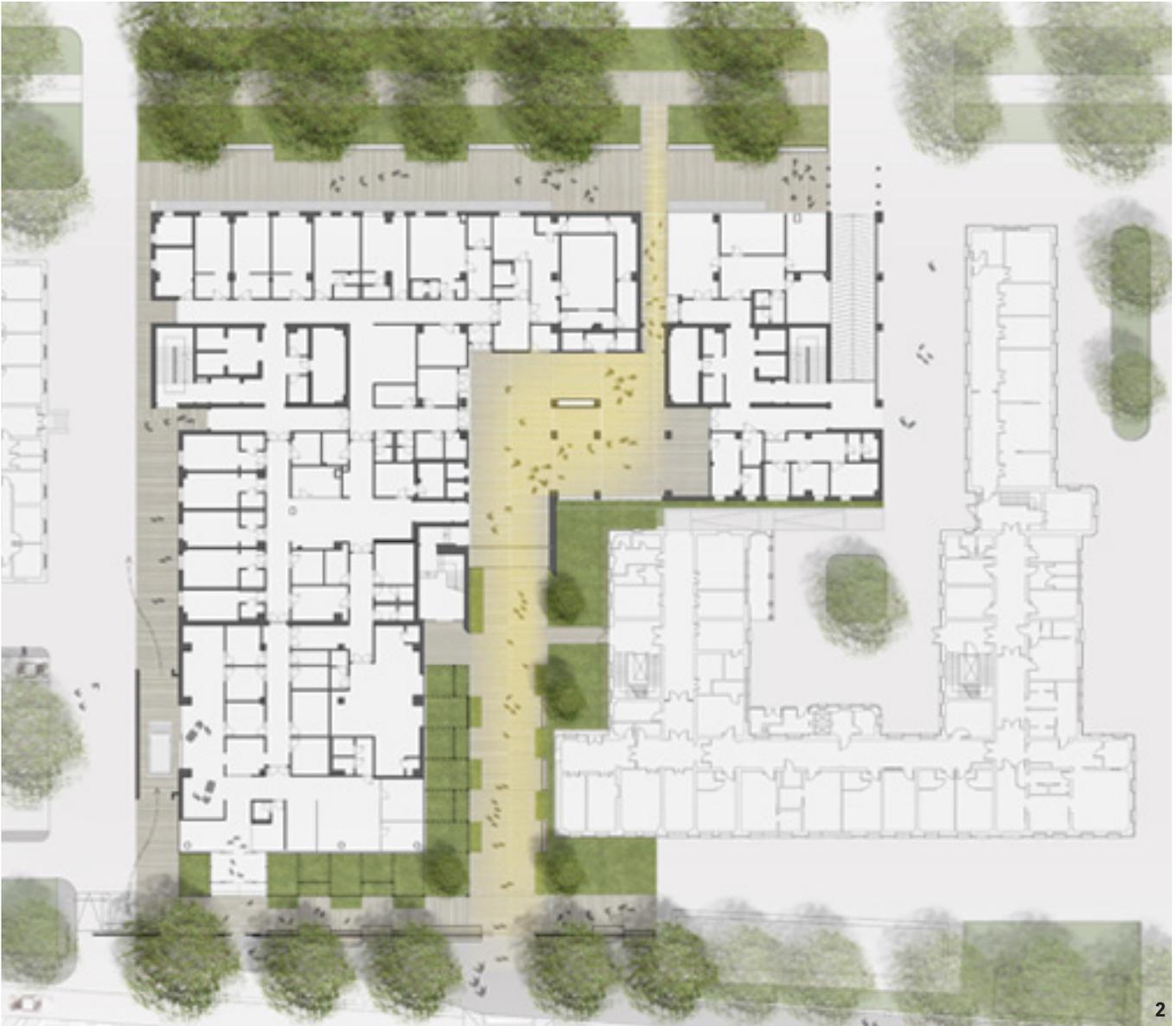
Al piano terra, gli accessi principali conducono a un livello permeabile in cui è possibile individuare le aree di accoglienza e di attesa oltre all'imponente modellino di una città per bambini, posizionato al centro della grande hall d'ingresso. Questo grande allestimento ludico rappresenta un importante riferimento di piccoli e grandi che, nell'osservare le molteplici attività rappresentate nel modello, possono momentaneamente dimenticare i difficili giorni di ricovero.

In relazione agli ambienti e agli obiettivi individuati nel paragrafo precedente, è possibile sintetizzare, nelle immagini successive, le principali soluzioni architettoniche adottate dai progettisti per i seguenti ambiti e temi: la sala d'attesa e l'ingresso principale, lo spazio di accettazione ai reparti, le camere di degenza, gli ambulatori medici, ma anche l'immagine architettonica del padiglione pediatrico e il rapporto tra le volumetrie dei corpi di fabbrica.



IMMAGINE 1

OBR Studio & Polireo studio, Ospedale dei bambini P. Barilla, Parma, 2013. Dettaglio del rivestimento di facciata.



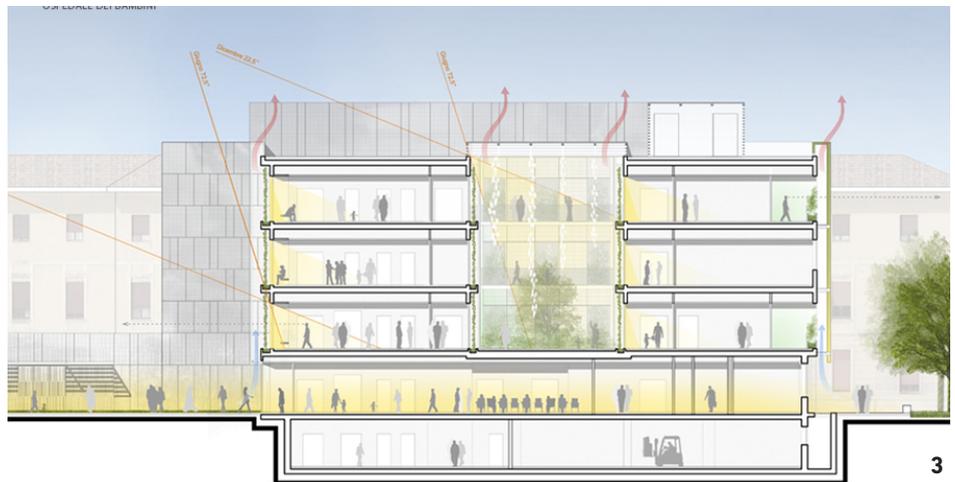
2

IMMAGINE 2

OBR Studio & Policreo studio, Ospedale dei bambini P. Barilla, Parma, 2013. Pianta alla quota urbana.

IMMAGINE 3

OBR Studio & Policreo studio, Ospedale dei bambini P. Barilla, Parma, 2013. Sezione trasversale sul patio centrale.



3

VOLUMETRIE



IDENTIFICABILITÀ
E CHIAREZZA
FORMALE

RICONOSCIBILITÀ
CROMATICA
DEL SISTEMA DI
RIVESTIMENTO
ESTERNO

OGGETTI CON
POTENZIALITÀ
RESTORATIVE

ILLUMINAZIONE
NATURALE

SPAZI PUBBLICI

FRUIBILITÀ IN
CONDIZIONI DI
SICUREZZA

4

ARCHITETTURA



CONTINUITÀ
CON IL TESSUTO
URBANO
CIRCOSTANTE

CONNESSIONE
CON L'AMBIENTE
ESTERNO

ACCESSIBILITÀ
DEGLI SPAZI
VERDI

PERMEABILITÀ
ALLA
QUOTA URBANA

5

IMMAGINE 4,5

OBR Studio & Policreo studio, Ospedale dei bambini P. Barilla, Parma, 2013. Viste esterne.

SALA D'ATTESA

CONTROLLO VISIVO
DELL'INTORNO

MULTIFUNZIONALITÀ,
FLESSIBILITÀ
SPAZIALE E
ACCOGLIBILITÀ DI
DIVERSE TIPOLOGIE
DI UTENTI



ILLUMINAZIONE
ARTIFICIALE

POTENZIALITÀ
RESTORATIVE

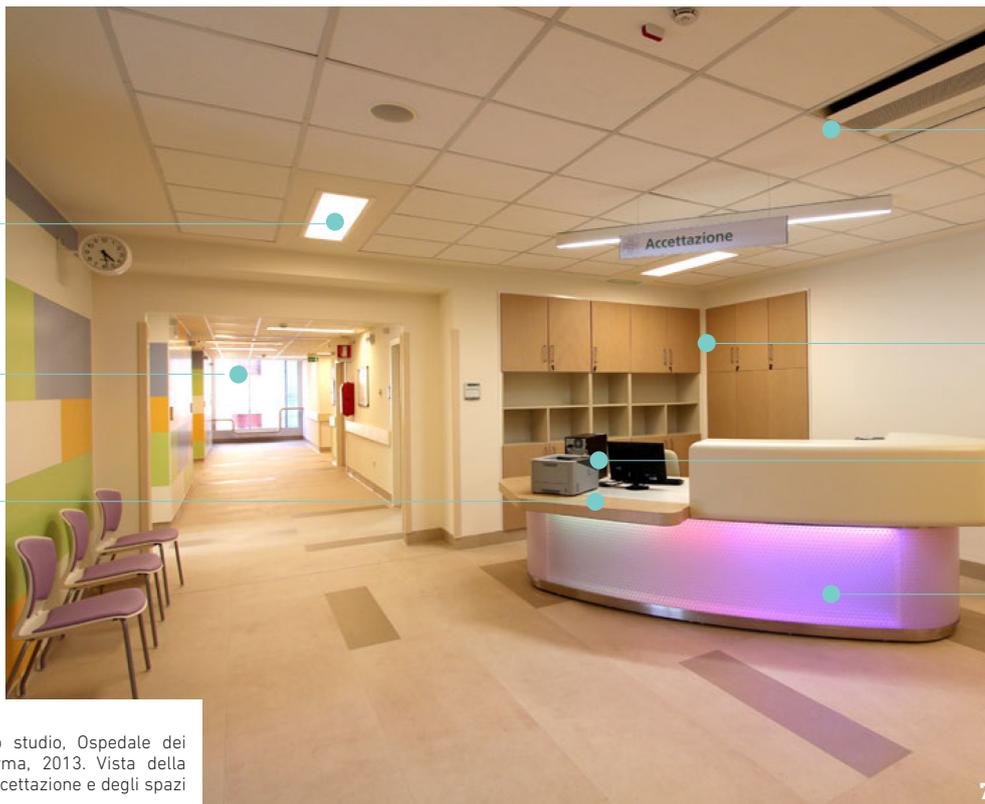
CONTINUITÀ
CON L'AMBIENTE
DOMESTICO E
ATTENZIONE
AL COLORE E
ALLE FINITURE
DEGLI ARREDI

ACCETTAZIONE

ILLUMINAZIONE
ARTIFICIALE

ILLUMINAZIONE
NATURALE

FRUIBILITÀ IN
CONDIZIONI
ERGONOMICHE E DI
SICUREZZA



CONTROLLO
DELLE CONDIZIONI
MICROCLIMATICHE

ATTENZIONE
AL COLORE E
ALLE FINITURE
DEGLI ARREDI

INFORMATIZZAZIONE
DEI DATI CLINICI DEL
PAZIENTE

OGGETTI CON
POTENZIALITÀ
RESTORATIVE E
IDENTIFICABILITÀ

IMMAGINI 6,7

OBR Studio & Policreo studio, Ospedale dei bambini P. Barilla, Parma, 2013. Vista della zona di accoglienza e accettazione e degli spazi d'attesa.

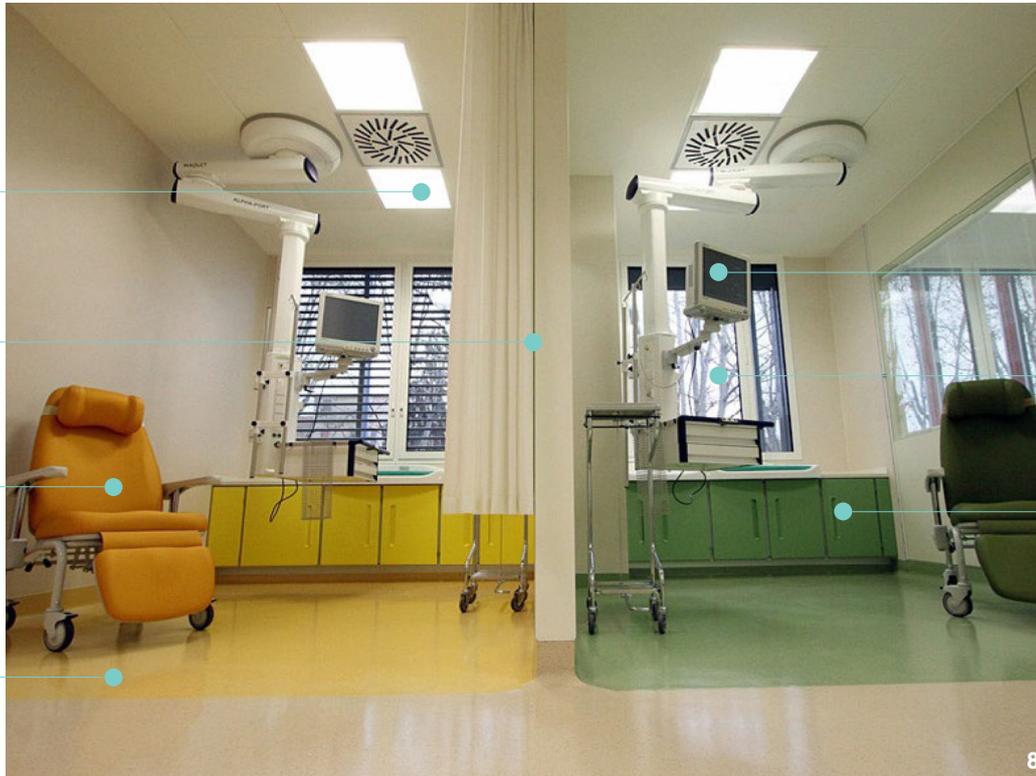
AMBULATORI

ILLUMINAZIONE
ARTIFICIALE
E CONTROLLO
DELLE CONDIZIONI
MICROCLIMATICHE

PRIVACY VISIVA E
ACUSTICA

ATTENZIONE
AL COLORE E
ALLE FINITURE
DEGLI ARREDI

IDENTIFICABILITÀ



INFORMATIZZAZIONE
DEI DATI CLINICI DEL
PAZIENTE

ILLUMINAZIONE
NATURALE

MASCHERAMENTO
DELLE
ATTREZZATURE
SANITARIE

8

CAMERA DI DEGENZA

CUSTODIA IN
SICUREZZA DEGLI
EFFETTI PERSONALI

DISPOSITIVI PER
LO SVAGO E LA
COMUNICAZIONE
CON L'ESTERNO

ATTENZIONE
AL COLORE E
ALLE FINITURE
DEGLI ARREDI



CONTROLLO
DELLE CONDIZIONI
MICROCLIMATICHE

VISTA VERSO
L'ESTERNO,
ILLUMINAZIONE
NATURALE E
CONTROLLO DELLA
VENTILAZIONE
NATURALE

PRESENZA DI
FAMILY ZONE

9

IMMAGINI 8,9

OBR Studio & Policreo studio, Ospedale dei bambini P. Barilla, Parma, 2013. Vista della camera di degenza e degli ambulatori.



5.2.2 ACCOMPAGNARE

CENTRO DI RIABILITAZIONE PSICHIATRICA MODUS ARCHITECTS 2016, BOLZANO

Gli spazi nati per accompagnare sono quelli che l'utente sperimenta per periodi intermittenti e rappresentano una fase di passaggio (riabilitazione), o una fase intermedia che, seguendo diverse intensità, accompagnerà la vita dell'individuo coinvolto. L'architettura si fa complice dei processi terapeutici tentando di intervenire non solo come sfondo idoneo, ma come componente attivo.

Il centro di riabilitazione psichiatrica, realizzato dallo studio *MoDus Architects*, rappresenta questa volontà attraverso un'architettura rispettosa degli obiettivi terapeutici richiesti a una struttura psichiatrica. Se gli orizzonti della disciplina medica sono infatti rivolti al superamento dello stigma della malattia mentale, il centro di riabilitazione psichiatrica, completato nel 2016, supporta tale processo attraverso un edificio che richiama le forme e i colori del tessuto residenziale circostante ma, allo stesso tempo, determina uno spazio permeabile e aperto verso la comunità: l'intento dei progettisti è stato quello di integrare l'edificio, così come i suoi abitanti, nel contesto sociale e urbano di Bolzano.

Il blocco edilizio si compone di un basamento, di un piano, sul quale si attestano due edifici singoli, a sbalzo, raccordati da un segmento centrale - sul quale si posizionano anche gli spazi di connessione verticale - che, nei piani terzo e quarto, dà luogo a terrazze irregolari. I grandi prospetti, in intonaco rigato e dai colori terrosi, ricreano una gradevole connessione con gli edifici circostanti attivando un vero e proprio processo di rinnovamento del linguaggio architettonico, basato su una specifica connotazione volumetrica e sull'utilizzo di elementi insoliti come le grandi e numerose finestre asimmetriche che punteggiano i lati lunghi.

Superando gli spazi pubblici e di relazione, posti al piano terreno e direttamente accessibili dall'esterno, l'edificio si presenta con una conformazione a corte centrale su cui si affacciano i due corridoi di distribuzione dei piani superiori, destinati alle camere private. Questa soluzione permette di eliminare i cupi corridoi ospedalieri, delimitati da una successione di anonime porte, per ritrovare uno spazio illuminato, aperto, capace di condurre alle camere ma anche di offrire una visione diretta della corte centrale, un elemento di grande valore simbolico e di forte richiamo per tutta la comunità di utenti. Essa è infatti visibile dagli spazi interni della struttura e, oltre a facilitare l'utilizzo di tali ambiti all'aperto, invita i residenti alla socializzazione e allo scambio in un ambito protetto e destinato allo svolgimento delle attività di svago.

L'attenzione mostrata verso il contesto si tramuta in un'organizzazione dello spazio interno dedicata al benessere degli ospiti del centro. I colorati e luminosi ambienti collettivi, le tonalità tenui delle pareti, gli spazi accoglienti delle stanze private e degli studi medici, le grandi terrazze interne, sono tutti elementi che collaborano nella definizione di uno spazio di reale supporto. In particolare, le camere, i luoghi più privati e delicati dell'intera struttura, evidenziano un percorso progettuale basato sull'interpretazione dei bisogni di privacy, personalizzazione, comfort ed equilibrio. L'organizzazione interna delle degenze temporanee trasmette una sensazione domestica grazie all'utilizzo di arredi che richiamano i caratteri

propri di ambienti residenziali e ad un'alta possibilità di personalizzazione dello spazio. Inoltre, il posizionamento delle camere sul lato esterno, verso la città e rivolto verso gli straordinari panorami montuosi circostanti, assicura un contatto con la realtà e con quella vita che, anche se costretti a far interagire con una struttura terapeutica, deve continuare seguendo l'unicità del proprio "viaggio".

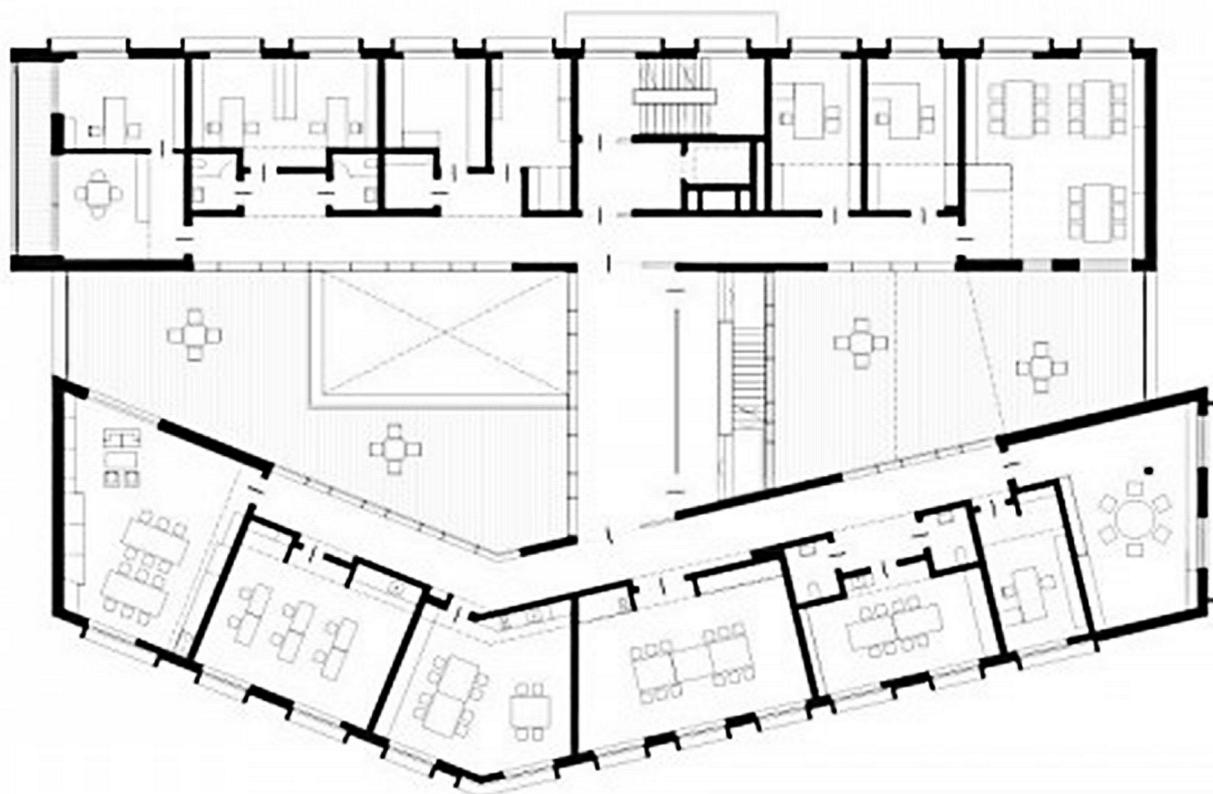
In relazione agli ambienti e agli obiettivi individuati nel paragrafo 5.1, è possibile sintetizzare, nelle immagini successive, le principali soluzioni architettoniche adottate dai progettisti per i seguenti ambiti e temi: la sala d'attesa e l'ingresso principale, gli spazi di soggiorno, gli spazi aperti della corte interna e le camere private oltre al rapporto con il contesto e l'immagine architettonica del centro.

IMMAGINE 10

Modus Architects, Centro di riabilitazione psichiatrica, Bolzano, 2016. Vista del fronte principale



10



11



12

IMMAGINE 11,12
 Modus Architects, Centro di riabilitazione
 psichiatrica, Bolzano, 2016. Pianta del piano tipo
 e sezione trasversale.

CONTESTO



INSERIMENTO ALL'INTERNO DEL SISTEMA URBANO DELLA CITTÀ

PROSSIMITÀ CON ELEMENTI NATURALI

IDENTIFICABILITÀ E CHIAREZZA FORMALE

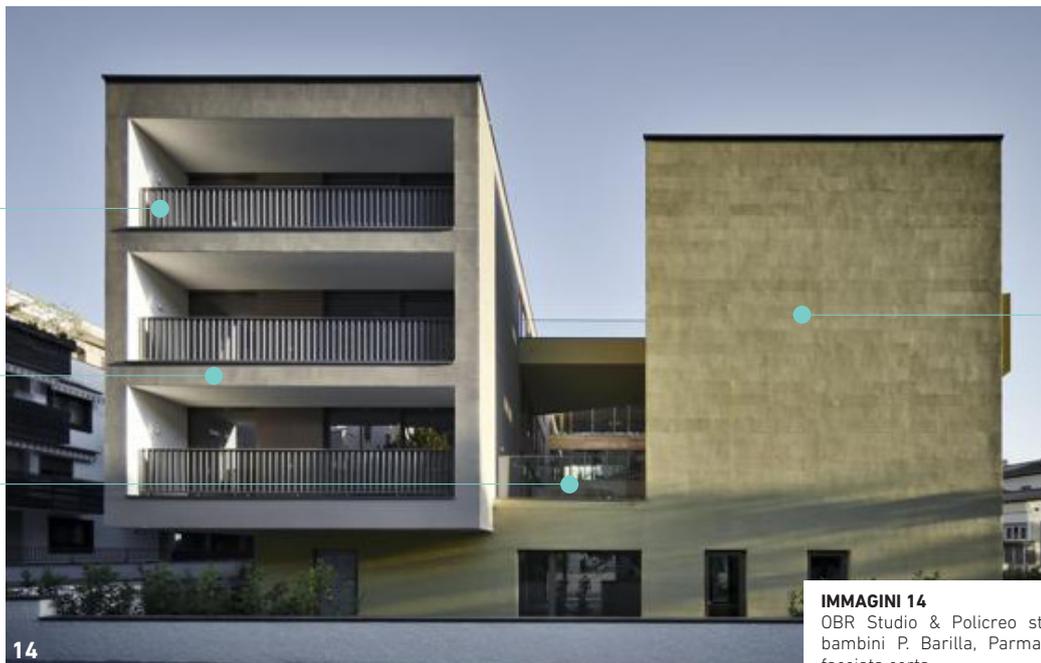
VISUALI

CONTINUITÀ CON IL TESSUTO RESIDENZIALE

IMMAGINI 13

OBR Studio & Policreo studio, Ospedale dei bambini P. Barilla, Parma, 2013. Vista dall'altro del centro sanitario.

ARCHITETTURA



VISTA VERSO L'ESTERNO E ILLUMINAZIONE NATURALE

IDENTIFICABILITÀ E CHIAREZZA FORMALE

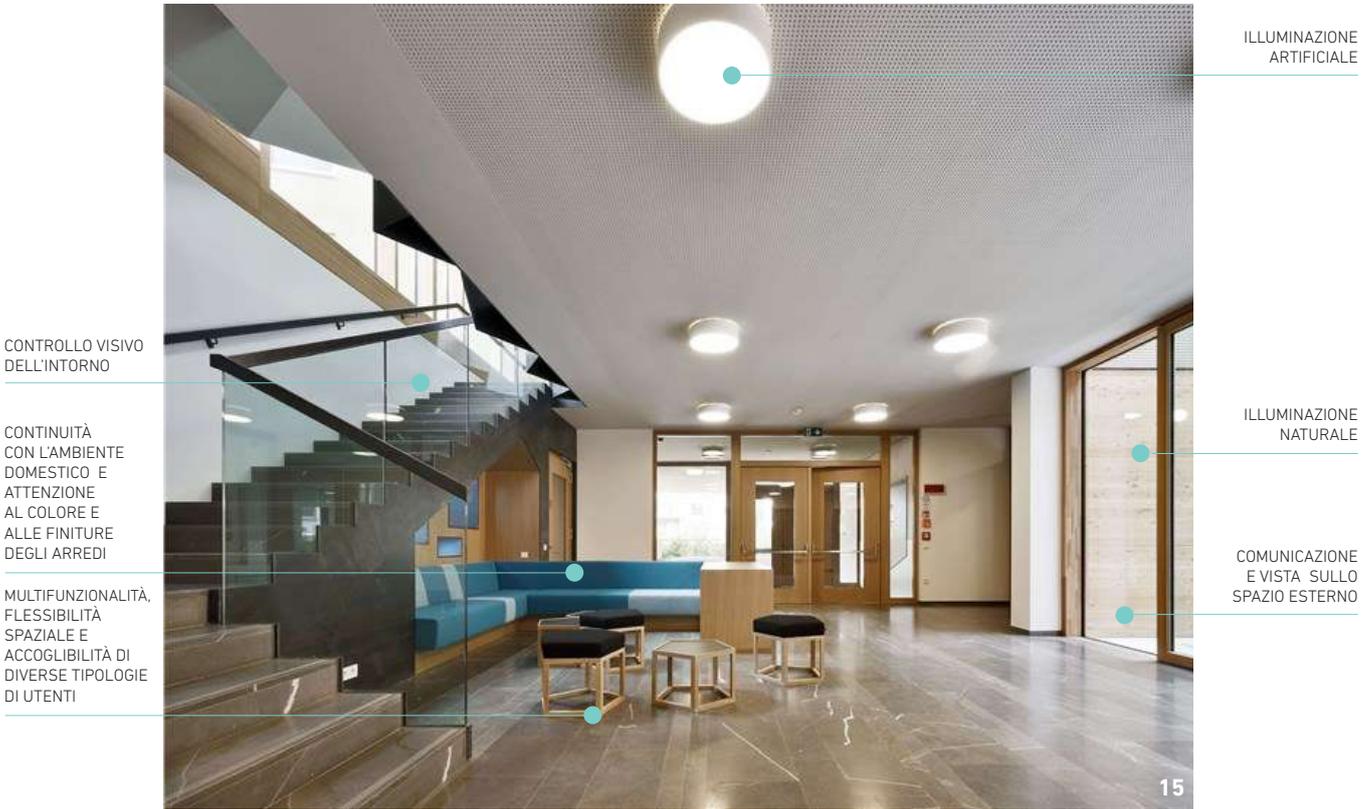
SPAZI APERTI, ACCESSIBILI E PROTETTI

COLORE E TRATTAMENTO DELLE FINITURE ESTERNE

IMMAGINI 14

OBR Studio & Policreo studio, Ospedale dei bambini P. Barilla, Parma, 2013. Vista della facciata corta.

SALA ATTESA



CONTROLLO VISIVO DELL'INTORNO

CONTINUITÀ CON L'AMBIENTE DOMESTICO E ATTENZIONE AL COLORE E ALLE FINITURE DEGLI ARREDI

MULTIFUNZIONALITÀ, FLESSIBILITÀ SPAZIALE E ACCOGLIBILITÀ DI DIVERSE TIPOLOGIE DI UTENTI

ILLUMINAZIONE ARTIFICIALE

ILLUMINAZIONE NATURALE

COMUNICAZIONE E VISTA SULLO SPAZIO ESTERNO

SOGGIORNO



ATTENZIONE AL COLORE E ALLE FINITURE DEGLI ARREDI

CONTINUITÀ CON L'AMBIENTE DOMESTICO

IMMAGINI 15,16
Modus Architect, Centro di riabilitazione psichiatrica, Bolzano, 2016. Vista degli spazi di soggiorno e della zona d'attesa.

VISTA VERSO L'ESTERNO, ILLUMINAZIONE NATURALE E CONTROLLO DELLA VENTILAZIONE NATURALE

POSTAZIONE PER DISPOSITIVI PER LO SVAGO E LA COMUNICAZIONE CON L'ESTERNO

MULTIFUNZIONALITÀ, FLESSIBILITÀ SPAZIALE E ACCOGLIBILITÀ DI DIVERSE TIPOLOGIE DI UTENTI

SPAZI APERTI

POTENZIALITÀ
RESTORATIVE

IDENTIFICABILITÀ
E FACILITÀ DI
ORIENTAMENTO

MULTIFUNZIONALITÀ
E ACCOGLIBILITÀ
DI DIFFERENTI
TIPOLOGIE DI UTENTI



ISOLAMENTO
ACUSTICO

ILLUMINAZIONE
ARTIFICIALE

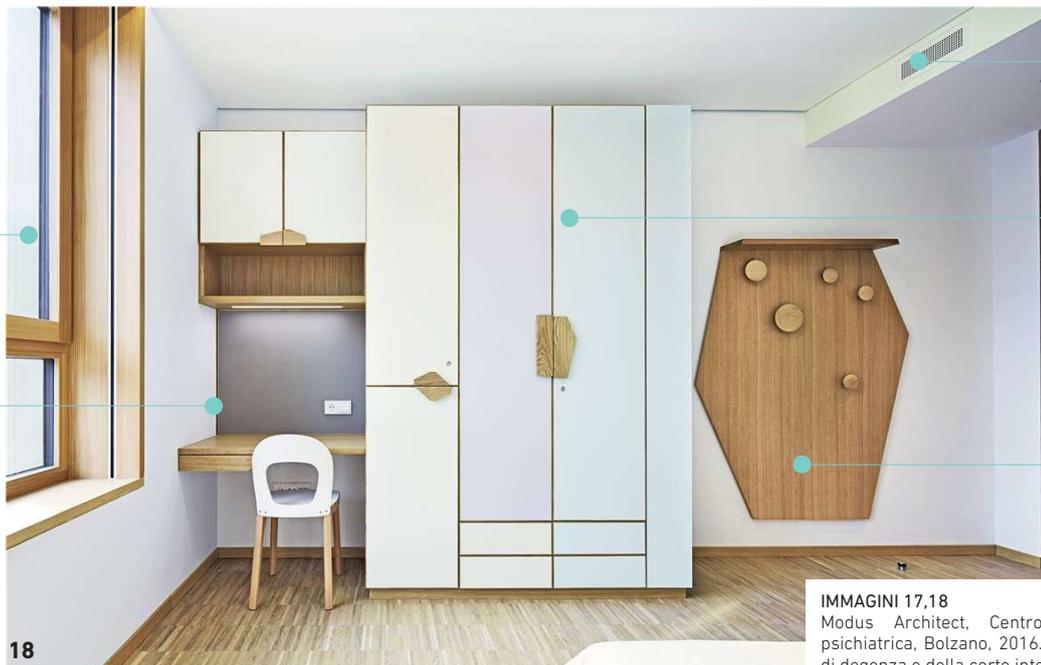
FRUIBILITÀ IN
CONDIZIONI DI
SICUREZZA

17

CAMERA PRIVATA

VISTA VERSO
L'ESTERNO,
ILLUMINAZIONE
NATURALE E
CONTROLLO DELLA
VENTILAZIONE
NATURALE

CONTINUITÀ
CON L'AMBIENTE
DOMESTICO



CONTROLLO
DELLE CONDIZIONI
MICROCLIMATICHE

CUSTODIA IN
SICUREZZA DEGLI
EFFETTI PERSONALI

ATTENZIONE
AL COLORE E
ALLE FINITURE
DEGLI ARREDI

18

IMMAGINI 17,18
Modus Architect, Centro di riabilitazione
psichiatrica, Bolzano, 2016. Vista della camera
di degenza e della corte interna.



5.2.3 ACCOGLIERE

CASA VERDE – Casa di cura per disabilità neuropsichiche
LDA.IMDA ARCHITETTI ASSOCIATI, 2016, S.MINIATO

La residenza sanitaria, destinata a un'utenza affetta da disturbi psichiatrici di varia intensità, sorge sulla collina di San Miniato, una cittadina toscana caratterizzata da un importante centro storico di origine medievale. Il legame con il tessuto urbano rientra proprio tra i parametri che i progettisti hanno tenuto in considerazione fin dalle prime fasi di elaborazione progettuale. L'architettura infatti, posizionandosi su di un colle che si affaccia sulla città, ben visibile e incastonato nel folto bosco di lecci, ha determinato la necessità di riconfigurare e potenziare i percorsi che avrebbero collegato il centro sanitario con il tessuto urbano più basso. È proprio da questa urgenza e dalla necessità di preservare il contesto territoriale che il progetto per la Casa Verde ha assunto delle connotazioni specifiche rispetto alla forma da individuare, ai materiali da utilizzare e alla rete di collegamenti da valorizzare.

Se si osserva il nuovo edificio, si può notare come il rivestimento in pannelli microforati, in varie tonalità di verde, permette alla nuova architettura di integrarsi correttamente nel contesto naturale senza snaturare l'immagine del vecchio complesso: la nuova progettazione, infatti, fa parte di un programma di ristrutturazione di un preesistente orfanotrofio e dei suoi locali storici. Anche i percorsi di risalita alla struttura sono stati pensati come collegamenti preferenziali che garantiscono, alle ospiti della struttura, una naturale connessione con il tessuto sociale della città. Il nuovo intervento risulta quindi fortemente riconoscibile, sia per le sue caratteristiche formali che per le proprietà materiche e cromatiche. Esso assume una conformazione regolare spezzata dal peculiare sistema dei prospetti, in cui si alternano elementi metallici perforati appoggiati ad un piano basamentale completamente vetrato. L'intera composizione tramette una sensazione di protezione nei confronti della persona, sia per quanto riguarda il sistema compositivo, che individua la posizione delle camere ai piani superiori in cui i grandi pannelli mitigano la luce naturale dando luogo ad un interessante gioco di luci, sia nei confronti dell'ambiente, attraverso un corpo di fabbrica, dalle dimensioni contenute e dalle geometrie regolari, capace di integrarsi correttamente nel contesto naturale. Accogliere una persona significa infatti anche proteggerla, donargli uno spazio adeguato alla propria condizione psicofisica e cercare le soluzioni in grado di stimolare quei canali sensoriali capaci di determinare una condizione di comfort e benessere.

Internamente, tali obiettivi sono perseguiti attraverso un'architettura semplice ma estremamente elegante e discreta. Il sistema delle funzioni pubbliche, posizionato al piano terra, si organizza attorno ad una corte centrale aperta e affiancata dal refettorio comune. Essendo la struttura una RSD (Residenza Sanitaria ad alta Integrazione Sociale) che definisce le proprie finalità come obiettivi di «*riabilitazione di tipo estensivo, rivolta ad utenti adulti ed adolescenti con disabilità stabilizzate, non autosufficienti, affetti da gravi patologie con deficit nella sfera affettiva, relazionale, cognitiva, motorio-linguistica nell'età giovane adulta*»¹, lo spazio architettonico si

¹ Per approfondire: URL <http://www.irccs-stellamaris.it/attivita-e-organizzazione/assistenza-cura-e-riabilitazione/dipartimento-socio-sanitario/centro-riabilitazione-casa-verde/la-residenza-sanitaria> (Ultima consultazione 10/04/2018).

compone di ambienti e caratteri riconducibili alla vita domestica e alla tipologia residenziale. Si possono quindi trovare, al piano superiore, le camere doppie, opportunamente organizzate per facilitare lo scambio e lo sviluppo delle abilità sociali delle ospiti, sale tv e soggiorni, dove trascorrere le ore di svago, stanze dedicate alle terapie quotidiane; attraverso un semplice design intuitivo basato su differenti scale cromatiche, è inoltre possibile individuare le aree destinate ai differenti gradi di severità della patologia.

Il design e l'arte intervengono a supporto della terapia riabilitativa attraverso una collezione, realizzata tramite la reinterpretazione delle linee dei volti delle ragazze ospiti, esposta nella hall d'ingresso come simbolo di appartenenza e identità. La Casa Verde, infatti, non è solo un luogo dove mantenere e sviluppare le proprie capacità psicofisiche, ma vuole essere un luogo che l'utenza possa percepire come casa, un luogo sicuro e accogliente, uno ambiente nato per attivare dei percorsi di riabilitazione che si allontanano dal rigido protocollo medico per integrarsi alla condizione più avvolgente della residenza. Quasi a voler sottolineare il legame indissolubile tra l'architettura e le persone, i disegni impressi sulle grandi pareti vetrate al piano terra riprendono i segni e le forme espressive delle tante utenti che, nel tempo, hanno partecipato ai laboratori artistici organizzati dalla struttura. Un piccolo segnale di appartenenza che dimostra come lo spazio della Casa Verde riesca a esprimere e racchiudere la sintesi della complessità umana e di tutte le esperienze di vita di chi lo ha abitato.

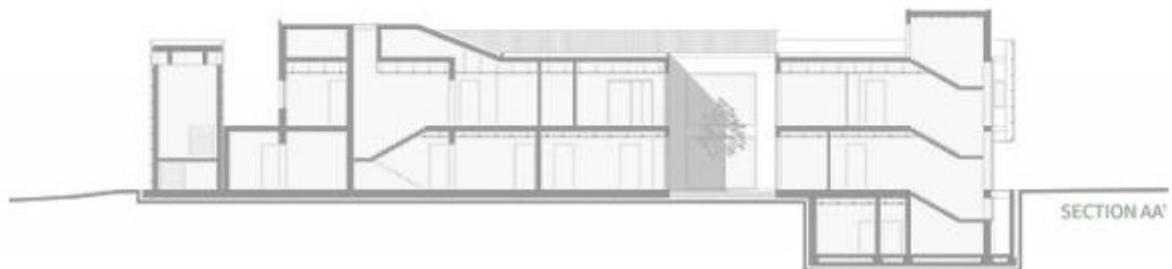
In relazione agli ambienti e agli obiettivi individuati nel paragrafo 5.1, è possibile sintetizzare, nelle immagini successive, le principali soluzioni architettoniche adottate dai progettisti per i seguenti ambiti e temi: l'entrata principale, gli spazi della hall d'ingresso, il connettivo principale, la sala riunioni, il rivestimento di facciata e il rapporto con il contesto territoriale in cui la residenza sorge.



IMMAGINE 19
LDA.iMdA Architetti Associati, Casa verde - casa di cura per donne con problemi di salute mentale, San Minato, 2016. Viste dell'ingresso principale.



20



21

IMMAGINE 20,21

MLDA.iMda Architetti Associati, Casa verde - casa di cura per donne con problemi di salute mentale, San Minato, 2016. Pianta del piano tipo e sezioni.

CONTESTO

VISUALI

MIMESI E
CHIAREZZA
FORMALE

CONTINUITÀ
CON L'AMBIENTE
NATURALE



INTEGRAZIONE
ALLA
PREESISTENZA
STORICA

VISTA SU
ELEMENTI
NATURALI

22

DETTAGLI

POTENZIALITÀ
RESTORATIVE

FRUIBILITÀ IN
CONDIZIONI DI
SICUREZZA



ILLUMINAZIONE
NATURALE, COLORE
E SISTEMI DI
RIVESTIMENTO

POTENZIALITÀ
RESTORATIVE

23

IMMAGINI 22,23

MLDA.iMdA Architetti Associati, Casa verde - casa di cura per donne con problemi di salute mentale, San Minato, 2016. Vista del contesto territoriale e dettaglio della parete perimetrale.

ARCHITETTURA

COLORI DEI RIVESTIMENTI

ELEMENTI CON POTENZIALITÀ RESTORATIVE

FRUIBILITÀ IN CONDIZIONI ERGONOMICHE E DI SICUREZZA



IDENTIFICABILITÀ

VERDE ACCESSIBILE

AREA INGRESSO

IDENTIFICABILITÀ

OGGETTI CON POTENZIALITÀ RESTORATIVE



ILLUMINAZIONE NATURALE

FRUIBILITÀ IN CONDIZIONI ERGONOMICHE E DI SICUREZZA

IMMAGINE 24,25

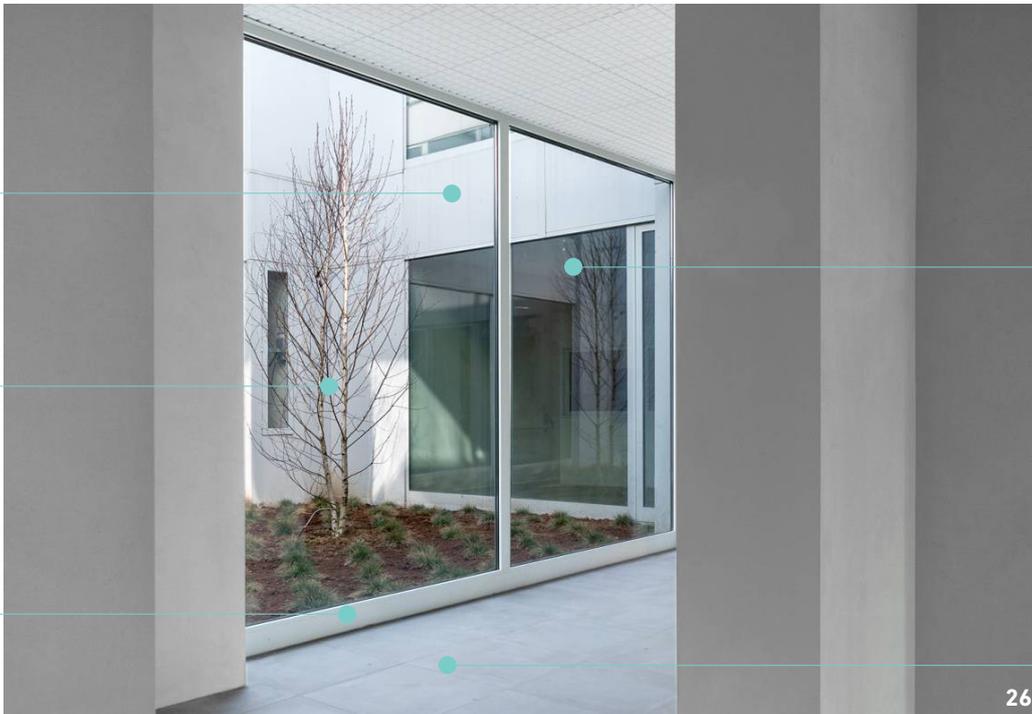
LDA.iMda Architetti Associati, Casa verde - casa di cura per donne con problemi di salute mentale, San Minato (PI), 2016. Vista dell'area dell'accoglienza, dell'ingresso principale.

CONNETTIVO

ILLUMINAZIONE
NATURALE E
VISTA VERSO
L'ESTERNO

ELEMENTI CON
POTENZIALITÀ
RESTORATIVE

INIBIZIONI
ALL'ACCESSO



IDENTIFICABILITÀ
E FACILITÀ DI
ORIENTAMENTO

FRUIBILITÀ IN
CONDIZIONI DI
SICUREZZA

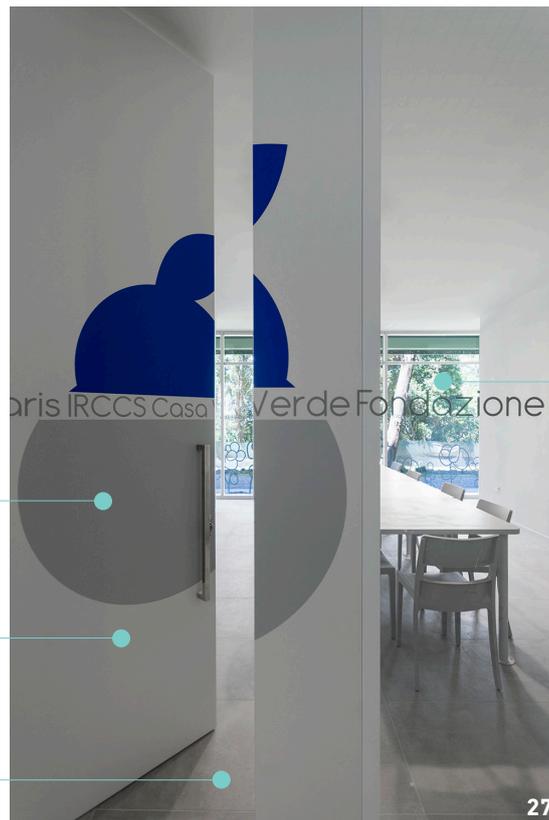
26

SALA RIUNIONI

IDENTIFICABILITÀ E FACILITÀ
DI ORIENTAMENTO

INIBIZIONI ALL'ACCESSO

FRUIBILITÀ IN CONDIZIONI
DI SICUREZZA



ILLUMINAZIONE NATURALE
E VISTA VERSO L'ESTERNO

27

IMMAGINI 26,27

LDA.iMdA Architetti Associati, Casa verde - casa di cura per donne con problemi di salute mentale, San Minato (PI), 2016. Vista dello spazio di riunione e del connettivo.

APPENDICE AL CAPITOLO 5

L'ARTE E L'ARCHITETTURA A SERVIZIO DELLA SALUTE

I processi di umanizzazione dell'architettura nascono come tentativo di migliorare le condizioni di lavoro degli operai e si trasformano, nel tempo, in specifiche indicazioni progettuali destinate anche ad altre funzioni (utile, in particolare, nel caso di edifici scolastici e strutture per la cura). L'umanizzazione si è introdotta con forza nel campo della progettazione sanitaria in seguito alle teorizzazioni del Movimento Moderno e del funzionalismo di inizio secolo scorso, quando prese il via - principalmente nell'Europa del nord - un ripensamento degli spazi di cura volto alla ricerca della migliore conformazione spaziale adatta ad accogliere l'uomo nel momento del difficile incontro con la malattia.

Dopo più di un secolo di studi e di avanzamenti riguardanti tanto le scienze mediche quanto le teorie e tecniche architettoniche, si è giunti alla consapevolezza che, per ottenere la massima efficacia delle terapie mediche attualmente conosciute, sia necessario affiancare ad esse specifiche modalità di relazione, con il personale e con l'ambiente che ospita i servizi sanitari, orientate ad un nuovo approccio bio-psico-sociale della persona. Evidenti sono le difficoltà mostrate dall'architettura storica nel tentativo di organizzare spazi nati per accogliere utenti affetti da malattie psichiatriche; tali realizzazioni hanno rappresentato disastrosi esempi di come lo spazio costruito possa essere costrittivo e soffocante alla pari di una disabilità mentale. Come non pensare ai primi esempi di manicomi più simili a carceri che a spazi di assistenza e cura.

Seguendo il percorso di evoluzione delle conoscenze medico-scientifiche e mediante le nuove consapevolezze della società del nuovo secolo, l'architettura ha intrapreso un percorso di progressiva umanizzazione degli spazi, principalmente attraverso nuove conformazioni spaziali specificatamente progettate per i bisogni dell'utente, ma anche attraverso l'utilizzo di elementi artistici e opere d'arte in grado di alleviare l'inevitabile sofferenza psichica di un malato.

Il ruolo dell'arte nei centri di cura risulta oggi particolarmente interessante. Infatti, nonostante i temi della bellezza e dell'esperienza artistica appaiano argomenti totalmente avulsi dalle riflessioni sulla progettazione sanitaria, attualmente numerosi centri mettono a disposizione dei propri utenti elementi artistici e attività terapeutiche in grado di sviluppare le capacità artistiche della persona.

Lo Stato Italiano, attraverso la Legge 717 del 29 Luglio 1949 dal titolo "Norme per l'arte negli edifici pubblici", prevede che l'inserimento di opere artistiche

all'interno di strutture pubbliche (quali sono anche tutte le architetture del Servizio Sanitario Nazionale) sia obbligatorio in misura pari o superiore al 2% delle somme complessivamente utilizzate per la realizzazione delle stesse. La legge specifica, inoltre, che l'arte al servizio dei servizi pubblici non deve rappresentare un semplice strumento per "abbellire" spazi altrimenti sprovvisti di un loro carattere estetico o identitario, ma deve entrare in relazione con l'architettura diventando essa stessa parte integrante del processo progettuale e, conseguentemente, del percorso di umanizzazione dello spazio. Frequenti sono i casi di opere d'arte approssimativamente inserite in spazi spesso non idonei ad ospitarle che finiscono per svilire il loro potenziale artistico facendo sfumare il potere del loro messaggio; allo stesso modo, non di rado si notano interventi "artistici" privi di ogni fondamento teorico ma nati esclusivamente dall'urgenza di riempire spazi, senza neanche tenere in considerazione il fondamentale e imprescindibile rapporto tra arte e architettura.

L'importanza di inserire elementi artistici e studiare percorsi d'arte, in ogni edificio pubblico, aumenta nel caso in cui ci si trovi ad affrontare la progettazione di spazi sanitari. Il comfort e il benessere degli utenti, dei visitatori e degli stessi operatori, sono infatti gli obiettivi primari da raggiungere anche attraverso la corretta progettazione degli spazi e degli elementi che contribuiscono definire "l'atmosfera" di tali architetture. L'arte e l'architettura, seppur seguendo percorsi differenti, si contaminano reciprocamente e riescono a influire sulla percezione umana attraverso molteplici canali che interessano la dimensione fisica, cognitiva e sociale di un qualsiasi utente che si trovi nella condizione di sperimentarle.

In epoca contemporanea si è finalmente giunti alla consapevolezza che l'arte sia un bene di tutti e le numerose "presenze artistiche" nei vari angoli delle città rafforzano il percorso di diffusione dell'arte come strumento di accrescimento personale e presenza costante della vita quotidiana di un'intera comunità. Accade sempre più di frequente di incontrare rappresentazioni artistiche nelle stazioni dei trasporti pubblici, in luoghi commerciali o anche negli spazi pubblici all'aperto che attraversiamo ogni giorno. A volte non si notano o, altrimenti, se ne osservano le forme, le dimensioni, gli odori o i colori restando subito attratti e affascinati o, viceversa, irretiti e infastiditi, spesso senza neanche saper dar nome alle sensazioni. Anche l'architettura segue gli stessi percorsi percettivi: le differenti conformazioni dello spazio, o il mutare della luce all'interno di un ambiente, possono modificare la nostra percezione e suscitare sensazioni più o meno piacevoli. Tali riflessioni investono direttamente il campo della Salute Pubblica in quanto lo stesso "Patto per la Salute 2014-2016" prevede che le Regioni siano obbligate a migliorare i propri aspetti organizzati, comunicativi, relazionali e strutturali relativi all'assistenza al paziente. L'Umanizzazione si trasforma quindi da una sensibilità o dimostrazione di lungimiranza da parte di alcune aziende pubbliche, a vero e proprio obiettivo primario da perseguire.

Un importante esempio di contaminazione tra arte e architettura e salute è rappresentato dalla collezione Pinzhorn¹, una delle più antiche raccolte di lavori realizzati all'interno di istituzioni psichiatriche. Questi lavori rappresentano l'espressione più profonda della sensibilità di un ampio gruppo di artisti affetti da patologie psichiatriche più o meno gravi. L'importanza di tale collezione deriva

1 Per approfondire: Cap. 2 par. 1, pag. 53.

proprio dal fatto che, in questo caso, le opere d'arte realizzate erano svincolate da ogni forma di lettura orientata ad attribuire ai contenuti qualsiasi tipo di valore diagnostico. Il solo intento del medico tedesco che raccolse i lavori era quello di creare un nuovo tipo di arte, mosso dal desiderio di reintrodurre questi lavori, e i relativi autori, nella società. Egli non fu spinto da sentimenti di pena o compassione ma il suo interesse riguardava principalmente il valore estetico e simbolico, tutt'ora riconosciuto, delle opere: attualmente il Museo Pinzhorn rappresenta una importante realtà museale della città di Heidelberg, tra Francoforte e Stoccarda. Si può affermare quindi che l'individuo può essere interessato dal processo di sperimentazione dello spazio e/o dell'esperienza artistica in modo duplice:

- IN MODO UNIVOCO:

_ Attraverso un COINVOLGIMENTO INDIRETTO, relativo alla sperimentazione dello spazio architettonico o all'osservazione diretta di opere d'arte.

Questa modalità tiene in considerazione la condizione in cui un osservatore interagisce con l'ambiente e con gli elementi artistici presenti pur non modificandone direttamente le caratteristiche. L'uomo si relaziona ad essi in maniera più o meno arbitraria, a seconda del loro grado di flessibilità e adattabilità, mantenendo inalterato lo stato delle cose.

Rappresentano un valido esempio di questo tipo di sperimentazione le architetture in generale, la cui fissità non preclude uno "scambio" con l'osservatore. Esse agiscono sul comportamento del fruitore trasformandosi, a loro volta, in "ambienti comportamentali", ovvero un tramite tra l'ambiente geografico vero e proprio e il comportamento umano. Esempi altrettanto aderenti al tipo di coinvolgimento indiretto sono le espressioni artistiche in generale. In questo caso, specifici messaggi e peculiari qualità, non trasmissibili secondo altri metodi, risultano prontamente percepibili dall'individuo coinvolto che ne fa esperienza estetica (tramite osservazione o secondo altre modalità): possono rientrare in questa descrizione quindi le opere singole, le collezioni d'arte, le installazioni temporanee, ecc.

_ Attraverso un COINVOLGIMENTO DIRETTO, corrispondente a un'esperienza capace di coinvolgere attivamente il partecipante attraverso attività di costruzione guidate (ad es. i processi di autocostruzione di microarchitetture) o la realizzazione di esercizi artistici liberi.

Il coinvolgimento diretto prevede che l'individuo sia attivamente presente fin dal momento della realizzazione dell'opera d'arte o dell'architettura (spesso si tratta di microarchitetture in quanto la realizzazione di un'opera architettonica prevede dei processi troppo lunghi e complessi da poter essere sperimentati in maniera diretta e personale da utenti inesperti) che andrà a inserirsi in uno spazio aperto o confinato. Appare chiaro come in questo caso l'utente non abbia solamente la possibilità di sperimentare uno spazio o un oggetto artistico, ma sia esso stesso il tramite, il mediatore tra il gesto artistico e l'opera conclusa.

- IN MODO BIUNIVOCO:

_ Attraverso un coinvolgimento TOTALE

Questo ultimo caso rappresenta l'unione tra le due modalità di sperimentazione precedente. Infatti, il coinvolgimento totale permette all'utente di partecipare ai due processi precedentemente descritti e, conseguentemente, di beneficiare delle influenze positive di entrambe le attività. Rappresentano validi esempi i workshop e i laboratori svolti all'interno delle istituzioni ospedaliere che hanno come obiettivo quello di realizzare opere o elementi d'arredo da utilizzare direttamente all'interno dell'architettura che li ospita. Gli stessi utenti si trovano in una condizione privilegiata di realizzatori e fruitori dell'opera, o dell'oggetto.

Per una più facile comprensione, si riportano di seguito alcune esperienze di sperimentazioni artistiche e/o architettoniche in cui le due discipline coesistono e attivano una reciproca connessione.

PROGETTO ARTISTICO OSPEDALE MONTECCHIO

L'ampliamento dell'ospedale di Montecchio Emilia, completato nel 2008 su progetto dello studio Binini Partners, rappresenta un interessante esempio di come un progetto artistico possa perfettamente integrarsi all'interno di un'architettura medica. Infatti, negli spazi dell'Ospedale Nuovo, si possono incontrare facilmente opere realizzate da artisti locali in occasione della costruzione del nuovo istituto sanitario. Le riflessioni che hanno condotto alla creazione di tali opere fanno riferimento ai più profondi sentimenti che caratterizzano il tempo vissuto all'interno di uno spazio ospedaliero e intendono rappresentare "immagini di bellezza condivisa". All'ingresso, un'imponente scultura dell'artista Graziano Pompili indica l'accesso e, attraverso la reinterpretazione figura del Santo protettore di Montecchio, vuole accogliere coloro che approdano in questo spazio inteso come "dimora della salute" (simboleggiata dalla sagoma elementare di una casa posta ai piedi della figura del santo) e contrapposta alla visione pessimistica dell'ospedale come "luogo della malattia".

IMMAGINE 28

Studio Binini Partners, Ospedale E. Franchini, Montecchio Emilia, 2015. Ingressi principali. Vista sull'installazione artistica di Graziano Pompili. Studio Binini Partners, 2015.



In questa zona si organizza una piccola corte, con sedute in marmo, che conduce agli ingressi, spazi la cui la forza cromatica delle splendide vetrate di Valerio Adami ci riporta al sapore romantico delle cattedrali. In questo piccolo "tempio della salute", le stesse vetrate partecipano alla trasmissione di un messaggio di speranza:

«Basta una nuvola che passa per cambiare la nostra percezione, il senso che ci trasmette una vetrata, e così al calar delle ombre della sera, siamo probabilmente invasi dalla malinconia, osservando la mutazione dei colori, come nel sole pieno del mezzogiorno l'intensità dei colori può suscitare in noi una allegrezza e un desiderio vitale che ci erano fino a quel momento sconosciuti»².

Attraverso queste parole Adami descrive il senso della grande "ragnatela" di vetro colorato e metallo che inonda di colore gli spazi dell'arrivo, forse i più difficili e contraddittori dell'intera architettura ospedaliera. Anche il grande elemento marmoreo di Morgana Orsetta Ghini (MOG), giovane scultrice romana, vuole trasmettere sensazioni positive e messaggi di speranza rappresentando il momento più straordinario della vita. Attraverso la sua opera "nascita", MOG individua nella donna la figura fondamentale per l'equilibrio della vita e per le dinamiche dell'esistenza sintetizzando il messaggio in una forma morbida, realizzata in marmo rosa, che riprende le linee femminili e trasmette una sensazione di accoglienza e fiducia.

2 S. Parmiggiani, *Committenza e retorica. Brani da una conversazione con Valerio Adami*, Binini Partners (a cura di), *L'ospedale nuovo. L'ospedale E. Franchini di Montecchio emilia tra passato e futuro*, Monografia, 2009, pag. 113



IMMAGINE 29

Studio Binini Partners, Ospedale E. Franchini, Montecchio Emilia, 2015.
Vista dell'area di attesa e, sullo sfondo, delle vetrate artistiche di Valerio Adami.

MAD IN DESIGN

Il progetto *Mad in Design*, coordinato da un team multidisciplinare formato dagli architetti Giulia Mezzalama, Sandra Poletto e della psicologa Elena Varini, è una realtà innovativa che coniuga l'attività di progettazione a quella di partecipazione sociale. Attraverso l'organizzazione di workshop, eventi formativi, espositivi, di incontro e di riflessione, *Mad in design* introduce ad un modello di collaborazione multidisciplinare capace di attivare processi di inclusione sociale e formazione. Gli aspetti sui quali si concentra il lavoro dei professionisti, in collaborazione con gruppi di studenti universitari (selezionati attraverso bandi pubblici) e utenti seguiti dai servizi di salute mentale pubblici (il gruppo opera nell'area metropolitana della città di Torino), riguardano due argomenti in particolare: *il progetto come strumento di trasformazione in chiave migliorativa del contesto e il processo creativo come sistema di relazioni che si traducono in pratiche di inclusione sociale*.¹

La attività si svolgono attraverso l'organizzazione di gruppi di progettazione guidati da designer affermati e orientati alla realizzazione di arredo protesico specificatamente studiato per e con coloro che saranno i futuri fruitori. L'innovazione presentata dai lavori del gruppo di ricerca risiede nella particolare attenzione riposta verso l'utente (in questo caso bisognoso di particolari attenzioni derivanti dalla condizione di handicap fisico e/o mentale) tanto da integrarlo direttamente nel processo di ideazione, progettazione e realizzazione, alla pari di un progettista o di un collaboratore. I workshop, attivi ormai da 4 anni e organizzati con cadenza annuale, hanno riguardato in particolare la progettazione di tavoli capaci di supportare l'utenza a superare i limiti e le difficoltà dovute alla disabilità, sedute capaci di modificare il loro assetto in base alla volontà del fruitore, soluzioni d'arredo pensate per la personalizzazione di spazi e ambienti domestici per la condivisione di esperienze e attimi di vita. L'attenzione e il valore di queste esperienze di progettazione non si esauriscono, quindi, nel valore funzionale ed estetico della creazione finale, ma si arricchiscono di un valore simbolico e relazionale che forse sovrasta il semplice processo progettuale, trasformandolo in un percorso di consapevolezza e crescita personale.

1 Per approfondire: URL www.madindesign.com (Ultima consultazione 15/04/2018)

IMMAGINE 30

Mad in Design. Workshop progettuale
Momento di confronto tra i componenti del gruppo di lavoro.

nella pagina seguente:

IMMAGINI 31- 35

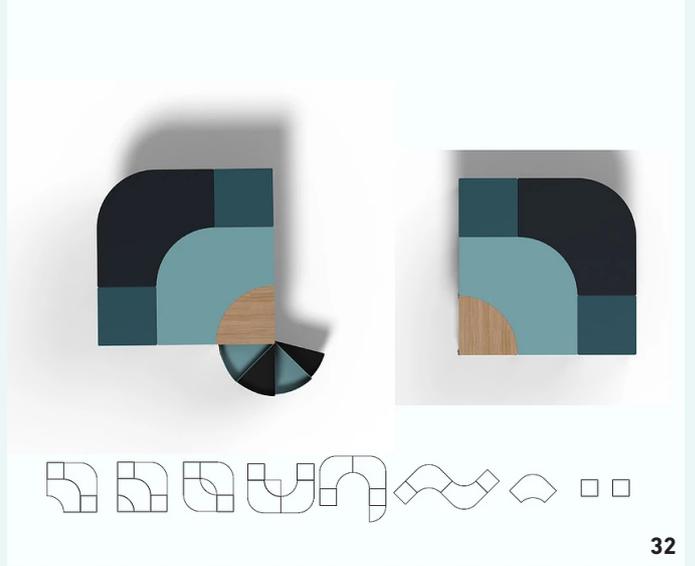
Progetti sviluppati all'interno dei Workshop organizzati dal gruppo *Mad in Design*. Edizioni 2015-2018

31. Progetto *EMPATIA. UN LUOGO SICURO*. 2018
32. Progetto *MODULARITÀ. LIBERE CONFIGURAZIONI*. 2018
33. Progetto *INVITO. UNO SPAZIO PER LA SOGGETTIVITÀ*. 2017
34. Progetto *MUTARE. UNA SEDUTA CHE CAMBIA*. 2016
35. Progetto *CONFINI. UNO SPAZIO PER ME*. 2015





31



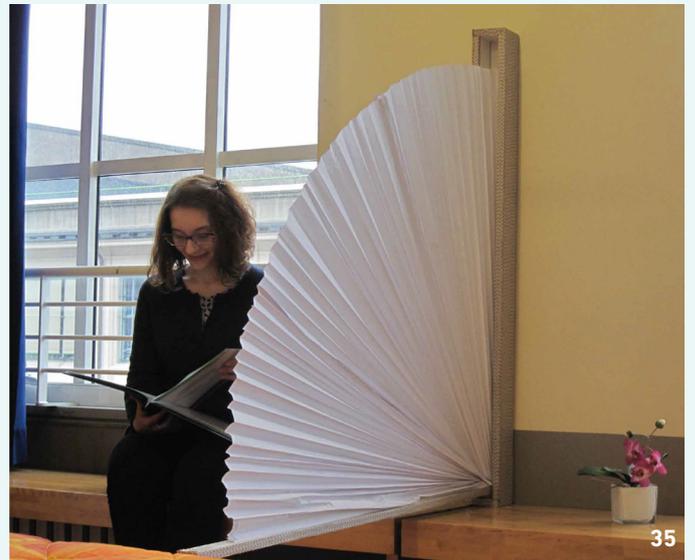
32



34



33



35

PROGETTO SPAZIO APeRTO

Il progetto riguarda la realizzazione di un orto sociale come spazio terapeutico da affiancare alle attività di due Residenze Socio Sanitarie; l'intervento consiste nella creazione di un'area destinata alla coltivazione di ortaggi, fiori e erbe aromatiche.

È ormai noto come spazi e aree verdi, opportunamente progettati, possano svolgere un ruolo fondamentale nella ricerca di benessere per gli utenti di tutte le età e i generi. L'architettura può contribuire in questa direzione promuovendo la creazione di spazi adatti alle specifiche caratteristiche della persona, progettando luoghi accessibili anche da utenti con disabilità, facilmente fruibili e di notevole impatto sociale. Attraverso il progetto *SPAZIO APeRTO*, si è scelto di verificare queste potenzialità progettando un ambito verde da destinare alla coltivazione di piante da semina e da fiori. Situato in prossimità dell'ingresso principale alle strutture e nato come prosecuzione ideale della "passeggiata de passi perduti", l'orto non costituisce un impedimento al normale utilizzo dei luoghi ma, al contrario, ne accresce le possibilità.

Il nuovo spazio sorge in prossimità dei locali destinati ai servizi della Casa Famiglia "L'abbraccio di Arianna" e Casa S.Smargiassi, situati a Civita Castellana, in provincia di Viterbo, ed è attualmente gestito dagli stessi utenti del centro. Gli obiettivi del progetto sono quelli di migliorare la condizione psicofisica degli ospiti, i quali, investiti da nuove responsabilità, riescono a mantenere alta la loro autostima e aumentare il senso di comunità e condivisione. Le attività riabilitative orticolture sono infatti caratterizzate da un impegno sia cognitivo che manuale e manipolativo, si svolgono prevalentemente all'aria aperta e permettono di stabilire un rapporto di cura e responsabilità verso organismi viventi, prestandosi al lavoro di gruppo. Pertanto, sono numerosi i benefici che il soggetto coinvolto può trarne, tra i quali: attivazioni sensoriali, sviluppo della motricità, miglioramento della capacità di apprendimento e di orientamento spazio-temporale, sviluppo del senso di utilità sociale e di autostima, socializzazione, riconoscimento e gestione delle emozioni, aumento della percezione di sé stessi, educazione al saper attendere.

I benefici attesi negli utenti che in varie modalità partecipano al Progetto *SPAZIO APeRTO*¹ potranno estendersi alla comunità attraverso una serie di iniziative tese a pubblicizzare la nuova realizzazione. Ci si aspetta che lo svolgersi delle attività proposte favorisca:

- l'introduzione di una modalità di valutazione della multidimensionalità dell'individuo esaminando l'eventuale incremento delle abilità cognitive, del benessere percepito, del funzionamento sociale e quindi della qualità di vita della persona, estendibile anche in altri contesti;
- il miglioramento delle condizioni spaziali delle aree destinate ai servizi per una migliore fruizione di tali ambienti;
- l'aumento della consapevolezza spaziale della città da parte abitanti della comunità per sensibilizzare verso una maggiore cura e manutenzione degli spazi collettivi.

¹ Il progetto *SPAZIO APeRTO* coinvolge un team multidisciplinare formato da architetti, operatori sociali, terapisti della riabilitazione psichiatrica, psicologi, utenti e volontari, unito dall'obiettivo comune di migliorare lo spazio verde pertinenziale dei servizi di Casa Famiglia "L'abbraccio di Arianna" e Casa "S. Smargiassi". In agosto 2019 verrà organizzata la terza edizione del Workshop *SPAZIO APeRTO*. L'indirizzo progettuale dell'edizione 2019 deve essere ancora definito.

IMMAGINE 36

Progetto *SPAZIO APeRTO*. Inaugurazione dell'orto terapeutico. Agosto 2017

[nella pagina seguente:](#)

IMMAGINE 37- 41

Progetto *SPAZIO APeRTO*. Edizioni 2017-2018

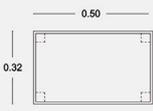
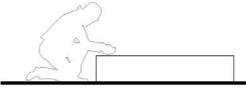
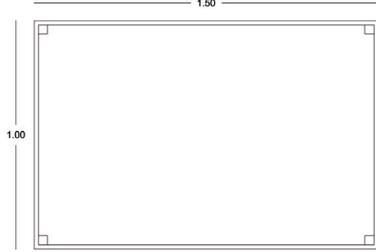
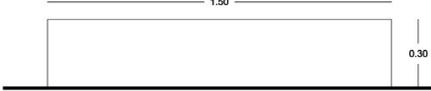
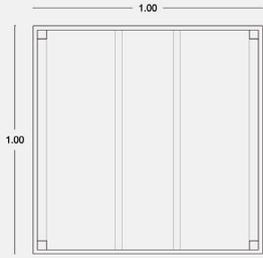
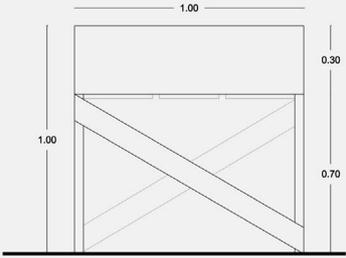
37. Abaco degli elementi realizzati

38. Utenti e volontari coinvolti nella fase di autocostruzione.

39,40. Vasche di coltivazione realizzate e decorate dagli utenti della Casa Famiglia e di Casa Smargiassi.

41. Il gruppo di lavoro, Edizione 2018.



<p>LA PAUSA E L'INCONTRO SEDUTE/BOX PERSONALIZZATI</p> 	<p>PIANTA</p> 	<p>PROSPETTO</p> 
<p>COLTIVARE A TERRA VASCHE PER LA COLTIVAZIONE - Tipologia A</p> 	<p>PIANTA</p> 	<p>PROSPETTO</p> 
<p>COLTIVARE SOSPESI VASCHE PER LA COLTIVAZIONE - Tipologia B</p> 	<p>PIANTA</p> 	<p>PROSPETTO</p> 

37



CAPITOLO 6

CAPITOLO 6

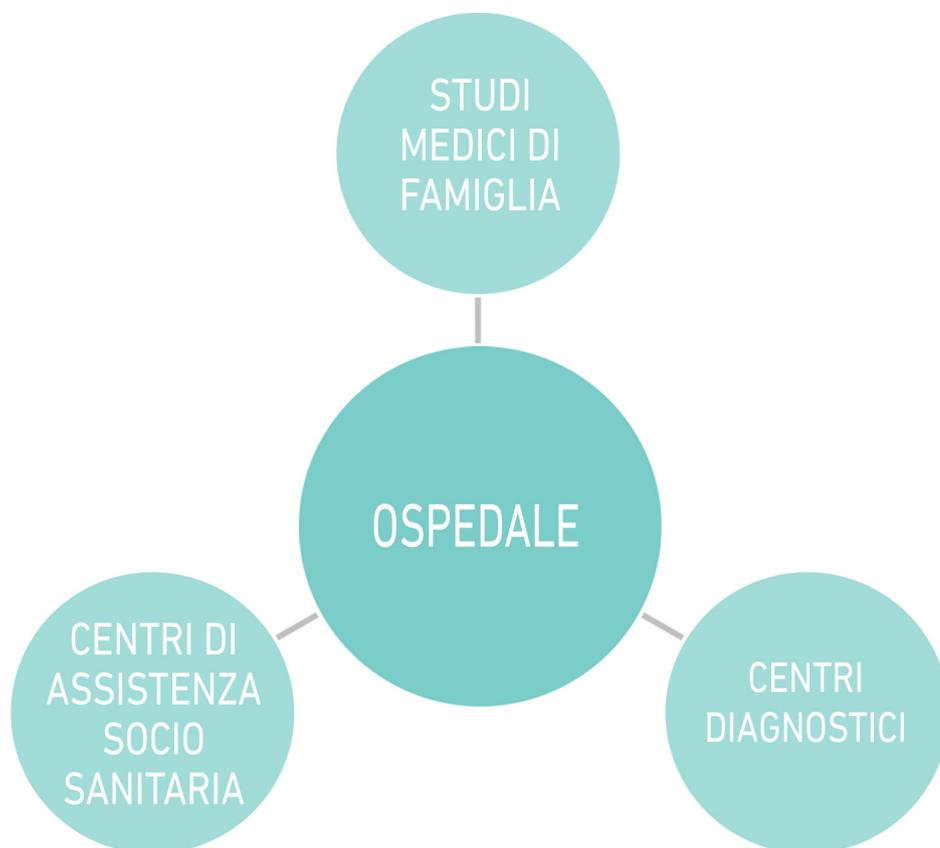
OLTREPASSARE LA SOGLIA

6.1 PER UNA NUOVA INTERPRETAZIONE: IL CENTRO SANITARIO COME SISTEMA URBANO ATTIVO NEI PROCESSI DELLA CITTÀ

Per terminare il percorso di approfondimento sull'architettura sanitaria, è necessario uscire al di fuori dello spazio interno di tali ambienti di assistenza e cura per riconsiderare la struttura medica come un'architettura, o un insieme di architetture, che si rapportano con una città e con la rispettiva comunità. Infatti, escludendo momentaneamente tutte le riflessioni relative alla qualità progettuale di un centro sanitario in un'ottica di umanizzazione degli spazi interni, è necessario riprendere il tema dell'urbanità, teorizzato dal modello Piano Veronesi e oggi più che mai attuale. Tale concetto non prende in considerazione solo una nuova edificazione in quanto tale, ma la pone in relazione con il contesto urbano, territoriale e sociale in cui essa sorge. Non è quindi possibile definire il livello di umanizzazione di un edificio senza tener conto della qualità dei rapporti che il suo stesso sistema instaura con il luogo e l'utenza di riferimento. I rapporti possono essere di diversa natura:

- **ESTETICI E AMBIENTALI**, ovvero relativi a come l'immagine dell'architettura si integra nel contesto di riferimento.
- **ORGANIZZATIVI**, concernenti la rete dei servizi a cui afferisce una struttura sanitaria di qualsiasi natura.
- **SOCIALI**, riferiti al ruolo svolto dalla nuova struttura all'interno della comunità a cui è associata.

Tali caratteri derivano necessariamente da una concezione contemporanea dei sistemi sanitari. Questa interpretazione prevede che ogni struttura nata per supportare la salute delle persone sia integrata a una rete di servizi in grado di sostenere l'utente nelle varie condizioni di necessità che gli si possono presentare.



«Fino alla metà del secolo scorso il problema sanitario di maggiore rilievo era rappresentato dalla cura delle acuzie. Successivamente le patologie croniche (malattie cardiache, ictus, cancro, malattie respiratorie e il diabete) si presentarono, in tutta la loro gravità e complessità, sul panorama sanitario divenendo la maggior causa di disabilità, la ragione principale delle visite dei medici e rappresentando il 70% di tutte le spese sanitarie»¹.

Infatti, come precedentemente descritto, l'ospedale, che comunemente è ritenuto il centro sanitario per eccellenza, altro non è che un nodo fondamentale di una rete, estremamente più estesa, che comprende numerosi altri servizi.

Tali servizi determinano un sistema di assistenza sanitaria diffuso, ovvero ripartito in differenti luoghi fisici ma interconnessi attraverso sistemi tecnologici in grado di coordinare le varie attività secondo un'unica gestione. Questa organizzazione si associa al nuovo ruolo interpretato dall'ospedale e i dai centri per la salute, ovvero quello di diffusione e promozione della salute perseguito anche attraverso configurazioni aperte sullo spazio esterno e interconnesse sia dal punto di vista formale che organizzativo. I grandi blocchi introversi che hanno caratterizzato l'edilizia sanitaria dello scorso secolo si trasformano, nei nuovi progetti, in un insieme di architetture che si integrano alla città e diventano il simbolo dell'idea di sanità propria di una cultura e di un determinato periodo storico.

«L'Ospedale è un "tassello" del percorso assistenziale sempre più piccolo in

¹ E. Sabato, C. G. Leo, S. Sabina, *Integrazione ospedale – territorio*, in *Tendenze nuove*, Gennaio, 2015.

termini temporali, con una concentrazione crescente di tecnologie, di complessità e intensità di cure e, conseguentemente, di costi. Da ciò si delinea un Ospedale che deve avere forti relazioni con il Territorio e tutto ciò deve tradursi in concreti elementi organizzativi e strutturali.

Il trattamento moderno richiede una presa in carico globale del paziente (disease management) con una forte integrazione tra risorse ospedaliere e territoriali: ricoveri ospedalieri limitati alle fasi iniziali diagnostiche e terapeutiche e alle instabilizzazioni gravi, sviluppo di strutture low care, ambulatori dedicati per il follow-up, assistenza domiciliare integrata, sviluppo delle cure primarie e dell'integrazione socio-sanitaria a livello distrettuale»².

Il progetto per il Nuovo Policlinico di Milano è un interessante esempio di come una struttura storica possa riaprirsi alla città superando quel recinto che l'originaria impostazione a padiglioni aveva imposto. La conclusione prevista dei lavori di costruzione è fissata per il 2022 e la tipologia da cui sembra discendere l'architettura del policlinico è certamente quella degli ospedali a galleria. I tre edifici, progettati dallo studio Stefano Boeri Architetti, danno vita a un nuovo polo sanitario, inserito in una posizione strategica, che contribuisce alla rottura del perimetro chiuso del complesso architettonico originario e alla definizione di un percorso di attraversamento che interessa tutta l'area ospedaliera. Il piano terra è caratterizzato dalla presenza di funzioni commerciali e terziarie che danno forma a una "galleria pubblica"³, parzialmente coperta, che permette, a chi la attraversa, di riappropriarsi di una porzione di città precedentemente esterna al sistema degli spazi pubblici cittadini. La volontà di introdurre funzioni pubbliche rispetta la tendenza contemporanea di ibridare lo spazio ospedaliero inserendo servizi terziari e commerciali, ricreando uno spazio transitorio, permeabile, capace di massimizzare gli aspetti pubblici e relazionali. Inoltre, attraverso l'inserimento tali attività capaci di attrarre un'utenza non necessariamente richiamata dai servizi

2 C. Palermo, A. Brescia, C. Rivetti, *Le moderne reti assistenziali: la centralità dei bisogni e l'integrazione del nuovo ospedale sul territorio, documento congressuale*, 23° Congresso nazionale dell'Anao Assomed (Associazione Medici e Dirigenti del SSN), Giugno, 2014. Documento disponibile: URL <http://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato6319060.pdf> (Ultima consultazione 10/05/2019)

3 Per approfondire: URL <https://www.stefano-boeri-architetti.net/project/ospedale-maggiore-policlinico/> (Ultima consultazione 12/03/2019)

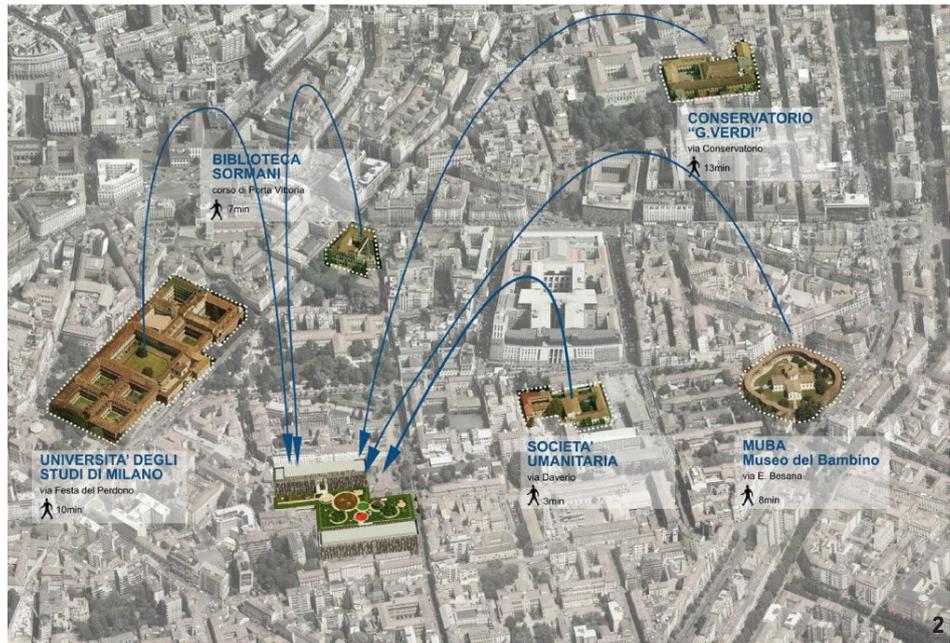


IMMAGINI 1

Stefano Boeri Architetti, Nuovo Policlinico di Milano, 2006 - in corso. Render di progetto dei nuovi spazi d'ingresso e dell'area pubblica.

IMMAGINE 2

Stefano Boeri Architetti, Nuovo Policlinico di Milano, 2006 - in corso. Schema delle collaborazioni socio culturali del Nuovo Policlinico.



sanitari offerti, il nuovo policlinico aspira a diventare un luogo di convergenza di attività culturali, ludico ricreative, commerciali e sociali in genere. Anche il piano di copertura è stato ideato e progettato come un grande parco pubblico in cui convogliare tutte le funzioni affini a quelle di cura ma bisognose di spazi non istituzionali e/o all'aperto. Il giardino pensile si estenderà per circa 6000 mq occupando il piano di copertura del padiglione centrale, sviluppato su tre piani. Qui troveranno posto spazi per lo svago e per il relax, aree per attività terapeutiche e di ortoterapia, percorsi per la riabilitazione o dedicati all'attività fisica, oltre ad ambiti per la *pet therapy* e l'incontro con gli animali domestici: anche questo luogo all'aperto contribuirà al rafforzamento della rete pubblica a cui si collegherà il nuovo ospedale. Infatti, attraverso la collaborazione con alcune delle maggiori istituzioni pubbliche milanesi, sarà possibile trasferire all'interno della nuova struttura alcune attività attraverso cui coinvolgere i pazienti e, allo stesso tempo, promuovere una collaborazione finalizzata alla creazione di un sistema di scambio e fruizione di spazi localizzati a una distanza percorribile a piedi in massimo 13 minuti.

L'ospedale quindi interagisce direttamente con la città diventandone riferimento capace di rompere il rapporto di diffidenza tipico nei riguardi di un'istituzione sanitaria. Sono i nuovi centri sanitari, più in generale, ad assumere caratteristiche tipiche delle città sostenibili per promuovere la salute attraverso la diffusione di spazi umanizzati e pratiche virtuose. Essi diventano accessibili e posizionati nei pressi o all'interno dei centri urbani (compatibilmente con i servizi offerti e le attività svolte) per poter essere raggiunti facilmente anche attraverso spostamenti veloci, nonché inclusivi e organizzati secondo configurazioni simili a quella degli *shopping center*. Convincenti sia dal punto di vista architettonico che dal punto di vista percettivo, in nuovi poli medici si concretizzano in architetture aperte e non coercitive, seguendo percorsi progettuali facilmente comprensibili.

Tuttavia, la rivoluzione in atto nell'architettura sanitaria non riguarda solo gli ospedali, ma anche tutte quelle strutture extraospedaliere che si occupano della

salute delle persone secondo differenti livelli di intensità: esemplare è il caso dei centri *Maggie's Cancer Center*, l'organizzazione per il supporto di malati oncologici che ha dato vita ad una serie di "architetture della speranza" in varie parti del mondo.

Il progetto nasce sulla base dell'esperienza della signora Maggie Keswick, moglie dell'architetto Charles Jenks, la quale, prima di arrendersi alla terribile malattia da cui era stata colpita, espresse il desiderio di realizzare una rete di servizi e ambienti che potessero supportare direttamente la difficile condizione dei malati di cancro. Consapevole della sua flebile speranza di poter superare il male, nell'ultimo periodo della sua vita Maggie si dedicò completamente all'organizzazione del programma di supporto *Maggie's* e alla reinterpretazione delle necessità di un paziente oncologico in chiave architettonica. Così, dal 1994 ad oggi, sono più di 20 i centri *Maggie's* sorti prevalentemente in Gran Bretagna ma anche a Tokio, Hong Kong, Edimburgo e a Barcellona, su progetto dello studio EMBT.

I centri nascono con l'intento di creare un ambiente favorevole ai malati oncologici e istituire una rete di supporto per coloro che ricevono una diagnosi di cancro «nella convinzione che l'architettura possa rianimare gli spiriti e aiutare la terapia»⁴. Questi spazi sono luoghi informali dove le persone possono ricevere un aiuto concreto dal punto di vista medico, attraverso la collaborazione con centri sanitari specialistici, socio sanitario, tramite un personale opportunamente formato, e relazionale, attraverso la creazione di una rete di incontro e scambio tra gli stessi pazienti. Tra i numerosi edifici realizzati negli ultimi 15 anni, alcune architetture rappresentano un'interessante interpretazione del rapporto tra il centro sanitario e la città. Fin dal primo esperimento architettonico, realizzato nel 1996, risulta infatti evidente che l'obiettivo dei centri *Maggie's* sia quello di offrire un supporto sanitario attraverso attività complementari ospitate in ambienti e architetture aperte, dinamiche, luoghi in cui la fredda istituzione ospedaliera si possa declinare in ambienti accoglienti e familiari.

4 Vedi: URL https://www.domusweb.it/it/architettura/2016/04/27/foster_and_partners_maggie_s_cancer_center.html (Ultima consultazione 12/03/2019)

IMMAGINE 3

Richard Murphy Architects, Maggie's Cancer Caring Centre, Edimburgo, 1996. Vista del prospetto d'ingresso



Il primo *Maggie's Center*, realizzato dall'architetto Richard Murphy nella città di Edimburgo, rappresenta fedelmente il manifesto di intenti dell'organizzazione. I grandi infissi rossi sottolineano l'unicità dell'edificio nato dalla riconversione di un volume abbandonato, posto in prossimità del centro ospedaliero. Il grande blocco in mattoni è stato quindi trasformato in un guscio da cui emerge un nuovo corpo che si estende seguendo il lato maggiore. La metafora della rinascita guida il processo progettuale che, attraverso un'attenta riconversione funzionale, prevede l'inserimento di un corpo interno emergente che sembra voler simboleggiare come la nuova vita dell'architettura possa essere un buon auspicio per una nuova vita dopo il cancro. La piccola preesistenza trasforma infatti la propria immagine attraverso ampie vetrate, infissi color rosso e dettagli azzurri che rendono immediatamente individuabile il centro. L'atmosfera domestica e rassicurante del volume esterno si riscontra anche negli interni, luminosi e flessibili, capaci di accogliere il malato e offrire, allo stesso tempo, zone più intime e private o luoghi collettivi per attività sociali.

«Non esiste un unico modo giusto per aiutare te stesso e gli usi che una persona malata di cancro farà del centro varieranno enormemente. Alcuni lo useranno come un bel posto in cui fare una pausa e riposare, altri per incontrarsi e chattare. Altri ancora vorranno qualcosa più specifico»⁵.

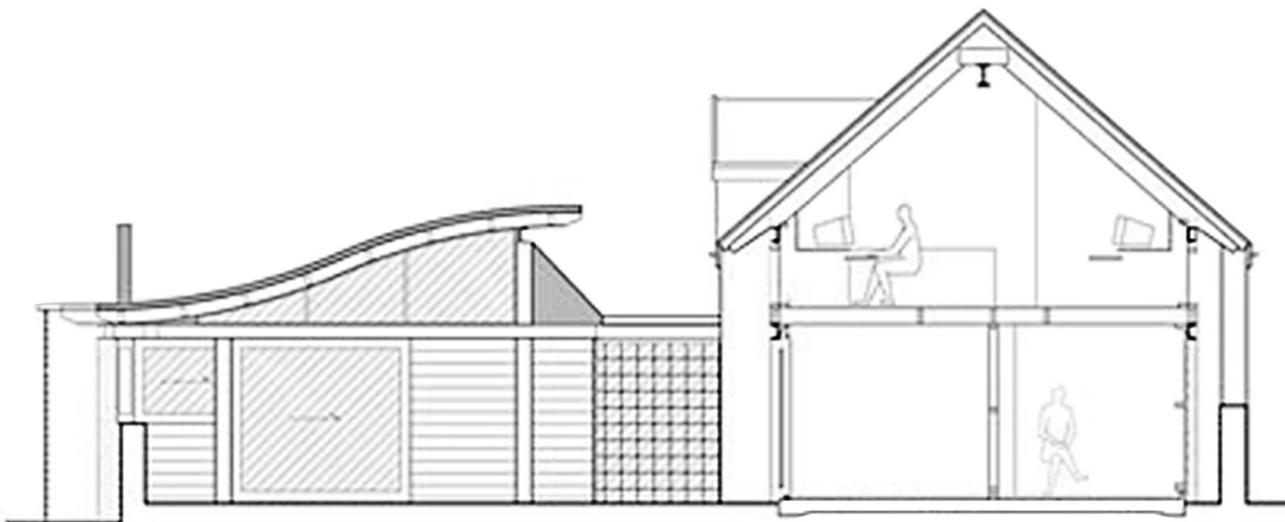
L'utilizzo di una pianta libera garantisce un'apertura totale degli spazi e una facile comprensione del *layout* distributivo oltre alla totale libertà di utilizzare lo spazio senza schemi precostituiti ma lasciando scegliere, agli stessi utenti, la modalità più opportuna e coerente alle loro necessità. In questo caso, la percezione dell'attraversamento della soglia d'ingresso diventa un insieme di sensazioni positive in grado di trasmettere un messaggio di speranza e sostegno. La vicinanza al centro ospedaliero partecipa al rafforzamento dell'immagine discordante del centro *Maggie's*. Se attraversare la soglia di un'istituzione sanitaria coincide spesso con l'abbandono della vita quotidiana per approdare in una realtà guidata

IMMAGINE 4

Richard Murphy Architects, Maggie's Cancer Caring Centre, Edimburgo, 1996. Sezione trasversale dell'edificio principale.

5 M. Keswick Jencks, *A view from the front line*, Londra, 1995, pag.30

Testo originale: «*There is no single right way of helping yourself and the uses that somebody with cancer will make of the centre will vary enormously. Some will use it as a nice place to pause and rest, others to meet and chat. Others again will want something more specific*». Traduzione dell'autore



da altri ritmi e norme, nel caso di un *Maggie's Center* significa raggiungere un luogo sicuro, un posto in cui trovare un ambiente dedicato alle proprie esigenze psico-fisiche e relazionali.

Vicino al centro sanitario di St. Bartholomew's Hospital, realizzato nel 12° secolo, ma posizionato all'interno del tessuto urbano di Londra, anche il recente edificio progettato da Steven Holl a Londra nel 2017, rappresenta un importante esempio di architettura progettata e realizzata sulla base di un *concept* ispirato alla vita e alla sua forza incontenibile. Il grande blocco in cemento, rivestito con pannelli di vetro opaco, costituisce il nucleo di ingresso al centro sanitario che si estende anche in un ampio giardino adiacente. La nuova realizzazione occupa un piccolo lotto libero a seguito di una demolizione e si caratterizza per il particolare motivo di facciata, ispirato a un concept musicale, e per la particolare pianta regolare con i bordi arrotondati. Il volume dialoga con gli edifici circostanti per differenza configurandosi attraverso un edificio fortemente riconoscibile e iconico, che non intende isolarsi, ma interagire con il tessuto urbano circostante. Il sistema vetrato di rivestimento tradisce la volontà di Holl di far percepire all'esterno le attività che si svolgono all'interno di un centro *Maggie's* così da invogliare le persone a varcare la soglia d'ingresso e iniziare a conoscere il particolare ambiente interno. Qui un'ampia scalinata perimetrale dà vita ad un percorso ascendente sostenuto da una struttura in calcestruzzo ramificata che conduce fino al terzo e ultimo piano dove trova posto un piccolo giardino pensile. L'atmosfera accogliente degli interni si traduce in esterni colorati che di notte si accendono lasciando uscire la luce interna e trasformando l'architettura in una sorta di lanterna, un elemento distintivo capace di interpretare, attraverso una rinnovata permeabilità della quota urbana, un importante ruolo di richiamo per tutta la comunità di riferimento.

IMMAGINE 5

Steven Holl Architects, Maggie's Centre Barts, Londra, 2017. Schizzo di studio del sistema strutturale e dei rivestimenti.

IMMAGINE 6

Steven Holl Architects, Maggie's Centre Barts, Londra, 2017. Sezione trasversale



IMMAGINE 7

Steven Holl Architects, Maggie's Centre Barts, Londra, 2017. Vista del prospetto principale e della relazione con gli edifici circostanti.



Lo stretto rapporto con cui un edificio sanitario si relaziona con la città è un importante tema riconoscibile anche nella dimensione e nella configurazione di alcuni nuovi complessi sanitari. Tale sensibilità può essere ritrovata nel Masterplan per l'ampliamento degli spazi del Campus Biomedico di Roma. Il concorso, indetto nel 2017, ha visto trionfare l'idea di campus associata all'idea di città. Lo studio *Labics*, insieme al gruppo *Topotek 1*, ha conquistato il primo premio attraverso una soluzione in grado di coniugare il nuovo concetto di ospedale come centro sanitario orientato alla ricerca e all'innovazione oltre che alla cura, alla tradizione e al valore storico di alcuni caratteri propri della città romana. Il Campus abbandona definitivamente i caratteri dell'ospedale assumendo le forme della città e la sua complessità. Il progetto "Horti Academici" rappresenta un importante passo verso la definizione di complessi sanitari sempre più simili a delle vere e proprie realtà urbane in cui insistono, oltre ai vari dipartimenti e ai centri specialistici, anche funzioni complementari come centri di formazione e ricerca, residenze per l'utenza e per gli studenti, interconnessi da un sistema di piazze e spazi pubblici assimilabili a quelli di una città. Proprio l'attenzione verso l'aspetto pubblico del Masterplan e la particolare cura nell'inserimento di portici, spazi collettivi, piazze e aree verdi ha decretato la vittoria del progetto che, attraverso l'utilizzo di una griglia ordinatrice riconducibile ai principi della centuriazione romana, ha integrato il sapere storico alla visione contemporanea di un centro sanitario d'eccellenza. Questa soluzione ha permesso inoltre di programmare una crescita controllata del nuovo Campus anche in tempi futuri assicurando la massima flessibilità garantita dalla griglia regolare d'impianto delle architetture.

Interessante è anche il posizionamento del nuovo Campus sempre più vicino alla città e alla riserva naturale di Decima-Malafede. La scelta di progettare un nuovo centro sanitario come un brano di città traspare dall'immagine esterna degli edifici: strutture regolari, alte mediamente tre piani e con esili pilastri bianchi, definiscono uno stile sobrio e contemporaneo che non si differenzia per funzione, ma contribuisce alla creazione di un insieme coerente, organizzato e interconnesso. La grande piazza di accesso verso il quartiere adiacente apre a

un nuovo significato di soglia, un limite che nel tempo si è indebolito grazie alle nuove tecnologie, alle nuove consapevolezze in ambito medico sanitario, ma anche grazie a un'architettura in grado di attutire il possibile disagio provocato dalla freddezza tipica di uno spazio sanitario attraverso spazi permeabili, rassicuranti, proporzionati all'uomo e alle sue peculiarità fisiche e psicologiche. La soglia da varcare, ovvero lo spazio di accesso di un centro medico, si può descrivere come uno spazio fisico che si presenta sotto forma di immagine architettonica, accessibilità, permeabilità sociale e urbana e che definisce un sistema capace di isolare due luoghi (la città e il centro medico) o di unirli e farli coesistere. L'uomo, ovvero colui che si troverà ad attraversare questo limite, deve essere il primo riferimento per una progettazione che, come abbiamo visto nei progetti presentati, vuole congiungere invece che dividere, aprire una porta invece che isolare, trovare soluzioni per far sì che i luoghi della salute possano fare meno paura.



IMMAGINE 8

Labics & Topotek 1, Masterplan del Campus Bio-Medico di Roma, 2018. Planimetria generale alla scala territoriale.



IMMAGINE 9

Labics & Topotek 1, Masterplan del Campus Bio-Medico di Roma, 2018. Render di progetto, vista verso l'accesso principale dalla città.



6.2 STRAGIE DI INTEGRAZIONE TERRITORIALE

Il Congresso nazionale “Anaa Assomed”¹, già nel 2014, affermava il ruolo strategico delle strutture ospedaliere considerate come vertice coordinatore di una rete di attività e strutture che convergono verso il medesimo obiettivo di cura e assistenza socio-sanitaria:

«Il modello della rete in definitiva sposta l'attenzione dalla singola prestazione all'intero percorso assistenziale, con l'obiettivo che questo possa svolgersi in modo unitario anche se le singole prestazioni sono assicurate da strutture diverse. Ciò risulta utile:

- *per garantire la continuità assistenziale, e quindi favorire l'integrazione Ospedale/Ospedale e Ospedale/Territorio, in modo da rispondere ai bisogni del soggetto malato;*
- *per evitare duplicazioni di servizi che risulterebbero inappropriati sia sotto l'aspetto economico sia sul piano della qualità;*
- *per ricomporre due esigenze tra loro apparentemente contrastanti: la necessità di concentrazione dei servizi per garantire qualità tecnica e la necessità di diffusione dei servizi per facilitare l'accesso».*²

Ormai definitivamente superata la visione di ospedale come «[...] centro più importante per il recupero della salute perduta»³, ci si rivolge oggi verso una nuova forma di cooperazione in cui diversi organismi sanitari collaborano reciprocamente e con il territorio stesso in cui sorgono dando luogo a «[...] un insieme di reti sia “orizzontali” con quelle di pari livello (altri ospedali) sia “verticali” con quelle di differente livello (cure primarie, riabilitazione, assistenza domiciliare, ecc.)»⁴.

È opportuno sottolineare che l'efficacia di una rete assistenziale e terapeutica dipende, oltre che dalla corretta interazione tra tutte le componenti del sistema medico-sanitario, anche dal tipo di rapporto che essa istaura con il contesto in cui si innesta. Infatti, le previsioni per prossimi 30 anni ci mostrano uno scenario complesso in cui la popolazione di over 65 anni aumenterà in modo significativo e, con essa, la percentuale di utenti affetti da malattie cronico-degenerative per i quali non sarà sufficiente sviluppare le strutture deputate al trattamento delle fasi acute, ma si renderà necessario potenziare la rete delle cure primarie e dei servizi assistenziali distribuiti a rete. Ciò indica la necessità di affiancare agli approfondimenti relativi alla progettazione delle strutture ospedaliere, dei modelli di sviluppo per architetture socio-sanitarie e stabilire nuovi principi guida per la loro corretta integrazione nel territorio. Sulla base della “missione” e delle finalità terapeutiche di una struttura (sia essa destinata alla cura, all'accompagnamento o all'accoglienza di utenti fragili) si possono stabilire infatti delle configurazioni da preferire in relazione a specifici obiettivi predeterminati; non è quindi solo la funzione dell'architettura a guidare la scelta del tipo di relazione da attivare con

1 La sigla “Anaa Assomed” identifica l'Associazione Medici e Dirigenti del SSN. Per approfondire: URL <http://www.anaao.it/> (Ultima consultazione 18/03/2019).

2 C. Palermo, A. Brescia, C. Rivetti, *op.cit.*

3 M. Trabucchi, *Outcome e qualità nell'ospedale*, in N. Falcitelli, M. Trabucchi, F. Vanara (a cura di), *Rapporto Sanità 2000. L'Ospedale del futuro*, Editore Il Mulino, Bologna, 2000, pag. 230.

4 F. Lega, M. Mauri, A. Prenestini, *L'ospedale tra presente e futuro. Analisi, diagnosi e linee di cambiamento per il sistema ospedaliero italiano*, Egea Edizioni, Milano, 2009, pag. XIII

nella pagina precedente:

IMMAGINE 10

Labics & Topotek 1, Masterplan del Campus Bio-Medico di Roma, 2018. Render di progetto.

il contesto, ma l'insieme di ambizioni e intenzioni indicate dalla committenza e tradotte in soluzioni tecniche dai progettisti incaricati .

Come spiegato nel precedente paragrafo, attraverso differenti esempi di connessioni urbane e territoriali è possibile sostenere le attività di promozione e prevenzione della salute e del benessere che si pongono a monte di ogni sistema sanitario. L'architettura prende parte a questo processo riservando una particolare attenzione alla collocazione territoriale delle strutture e al tipo di relazione da stabilire con il contesto.

«Ogni architettura vive del luogo in cui questa è chiamata ad abitare; essa e innanzitutto materia, massa, gravità, peso, volume; e come tale si inserisce, turbativa e sovvertitrice, negli equilibri sedimentati di qualsiasi scenario ambientale. Non esiste architettura senza luogo; essa trae ogni legittimazione alla sopravvivenza proprio dalla permanenza corporea, dall'interazione, dal contatto, dall'intersezione critica col supporto fisico che ne accoglie la gestazione. Assoggettata, al pari di ogni realtà esperibile, alle leggi universali che governano le forze, l'architettura stringe relazioni di necessità con il dato tridimensionale; all'azione di ogni atto fondativo, corrisponde sempre, inevitabilmente, una reazione del supporto violato.

Similmente ad un'operazione di sostituzione chirurgica, ogni oggetto architettonico vive la vicenda misteriosa ed incerta dell'impianto, l'incognita collocazione forzata in un organismo ospite. Il segreto per scongiurarne il rigetto risiede nella conoscenza profonda del tessuto nutritivo, nel rispetto accurato delle specificità organiche, nell'esperienza preziosa ed incomunicabile del chirurgo. L'ingrediente forse più prezioso della formula alchemica che concede all'intervento dell'uomo il privilegio della resistenza al tempo e dell'altrui condivisione e prima di ogni altra cosa la responsabilità, l'attenzione, la tutela delle connessioni vitali; e lo sforzo di comprensione, la capacità di agire con leggerezza, delicatezza, tatto; e la giusta misura delle cose»⁵.

Il percorso di inserimento di una struttura sanitaria in un qualsiasi scenario non è quindi un'operazione semplice. Nel caso di un ospedale o, in misura minore, di un centro sanitario e/o assistenziale, le operazioni di selezione del luogo prendono in considerazione gli aspetti relativi al contesto territoriale (rete sanitaria esistente, bacino di utenza, il sistema territoriale, l'accessibilità) e aspetti legati al contesto locale (fattori dimensionali e di configurazione dell'area, aspetti meteo climatici, orografici e di costituzione del sottosuolo, fattori di qualità ambientale, il sistema degli accessi, del verde, dei parcheggi e delle infrastrutture di servizio)⁶. Tutti questi fattori devono essere indagati singolarmente e nell'insieme delle loro interazioni prima di poter proporre uno schema di insediamento territoriale che possa rispettare le esigenze della nuova costruzione in accordo con quelle dell'area che si troverà a ospitarla e della relativa comunità.

⁵ T. Ghisellini, *La misura delle cose. Equilibrio, appropriatezza e poetica della necessità*, in *Architetti. Progetto e immagine digitale*, Maggioli Editore, Rimini, 2013, pag.42.

⁶ Il complesso sistema di interazioni territoriali e sociali che intervengono nel processo di insediamento di una nuova struttura sanitaria ha portato alla definizione di differenti metodologie di localizzazione e individuazione dell'idoneità di un'area. Ancora oggi non risulta possibile e conveniente stabilire dei modelli o delle teorie applicabili in ogni contesto ma, tuttavia, l'individuazione dei fattori coinvolti nel processo localizzativo può essere utile a definire differenti sistemi di analisi e individuazione del sito d'impianto orientati alla verifica della compatibilità della struttura nel contesto territoriale prescelto. Per approfondire: F. Terranova (a cura di), *Edilizia per la Sanità. Ospedali, presidi medici e ambulatoriali, strutture in regime residenziale*, UTET scienze tecniche, Torino, 2005, pag. 69.

Una lettura dei casi studio orientata all'analisi dei rapporti con i centri urbani limitrofi, ci offre tre tipologie di innesti urbani e territoriali. Fra queste si possono riconoscere:



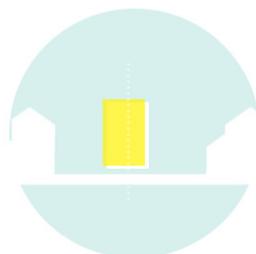
I SISTEMI INTEGRATI

- CENTRO DI RIABILITAZIONE PSICHIATRICA - BOLZANO
- NUOVO POLICLINICO - MILANO
- OSPEDALE DEI BAMBINI - PARMA
- CENTRO CORE - REGGIO EMILIA



LE STRUTTURE DI BORDO

- OSPEDALE PEDIATRICO MEYER - FIRENZE
- RSA - MONTEMURLO
- CAMPUS BIOMEDICO - ROMA
- CASA VERDE - SAN MINIATO



I POLI DI COLLEGAMENTO

- OSPEDALE PAPA GIOVANNI XXIII - BERGAMO
- OSPEDALI RIUNITI PADOVA SUD - MONSELICE
- CENTRO SORANZO - TESSERA
- OSPEDALE NUOVO - VIMERCATE



SISTEMI INTEGRATI

Le strutture sanitarie che sorgono all'interno del tessuto urbano e rappresentano un tassello del grande mosaico che compone la trama della città, vengono definite sistemi integrati. Questa modalità di interconnessione tra i servizi e la comunità permette di ottenere il massimo livello di integrazione e accessibilità: la posizione "urbana" garantisce infatti la massima visibilità delle strutture identificate come riferimento per coloro che necessitano di assistenza medico-sanitaria. Inoltre, la posizione integrata al tessuto urbano permette un rapido e agevole accesso ai servizi riducendo le problematiche relative alla mobilità urbana ed extraurbana, le criticità peculiari di un'ampia fascia di utenti over 65 che, per di più, rappresenta anche quella dei maggiori fruitori dei servizi. Tuttavia, la posizione interna alla città introduce anche a una serie di difficoltà tipiche delle strutture di grandi dimensioni che, trovandosi immerse nel tessuto cittadino, non dispongono degli spazi necessari al loro corretto funzionamento (parcheggi, spazi verdi, ecc). Per questi motivi, le strutture che si attestano in una posizione centrale sono soprattutto quelle che offrono servizi residenziali e di assistenza a bassa intensità, centri con attività diurne o ampliamenti di complessi sanitari storici sorti all'interno del tessuto urbano.

Riprendendo i casi studio precedenti, si può notare come la categoria dei sistemi integrati contenga la struttura psichiatrica residenziale situata a Bolzano e tre padiglioni di ampliamento dei complessi ospedalieri storici di Milano, Parma e Reggio Emilia.

Nel caso del centro trentino, la scelta di posizionare la struttura all'interno del contesto abitato, nel quartiere residenziale di Gries, rappresenta il raggiungimento di un vero e proprio obiettivo terapeutico. Infatti, la particolare categoria di utenti ospitati beneficia enormemente della posizione integrata alla città la quale contribuisce sensibilmente alla riduzione del rischio di isolamento tipico delle comunità che trattano problematiche psichiatriche: la possibilità di raggiungere i servizi cittadini rapidamente e in modo semplice offre l'opportunità, agli stessi utenti, di sperimentare esperienze di vita autonoma a contatto con la comunità locale. Inoltre, la decisione di utilizzare un corpo regolare con linee e tonalità simili a quelle del tessuto circostante costituisce un importante segnale di rifiuto delle forme tipiche delle architetture sanitarie a favore di volumetrie caratteristiche e proprietà cromatiche in linea con le costruzioni dell'area circostante.

Le strutture di ampliamento dell'Ospedale Ca' Granda Policlinico Maggiore di Milano (attivo fin dal 1456), dell'Ospedale Maggiore di Parma (1915) e dell'Arcispedale Santa Maria di Reggio Emilia (1945) riprendono invece il posizionamento dei grandi complessi a cui appartengono sviluppando un significativo rapporto con le rispettive città. Seppure tali complessi siano ormai immersi nel tessuto urbano a seguito dello sviluppo urbanistico moderno, essi rimangono dei sistemi autonomi, spesso slegati alle dinamiche del centro abitato. I nuovi edifici tendono ad aprirsi verso lo spazio pubblico e a promuovere l'integrazione dei nuovi spazi sanitari innescando una nuova modalità di fruizione delle strutture pubbliche; particolarmente orientato verso questi obiettivi è il progetto per i nuovi padiglioni del Policlinico di Milano.



BOLZANO

● Centro di riabilitazione psichiatrica
Via Fago



MILANO

● Nuovo Policlinico - Ospedale Maggiore
Fondazione IRCCS Ca' Granda



PARMA

● Ospedale dei bambini
"Pietro Barilla"



REGGIO EMILIA

● Centro Oncologico ed Ematologico
CORE



LE STRUTTURE DI BORDO

Le strutture di bordo individuano una categoria riconducibile ai complessi sanitari di medio/alta intensità che servono un bacino d'utenza elevato e che sono sorti successivamente al consolidamento della forma urbana della città a cui fanno riferimento. Tali complessi ospitano spesso ospedali o centri specialistici di alto livello che, in modo strategico, si inseriscono in una posizione tangente alla città, facilmente raggiungibile attraverso le vie di comunicazione esterne al centro cittadino. Inoltre, la localizzazione perimetrale permette, a tali strutture, di disporre di ampi spazi per i parcheggi e i servizi oltre che di ottenere di una maggiore libertà nella scelta architettoniche. Infatti, la possibilità di estendersi in aree non edificate garantisce ai progettisti una maggiore libertà nella composizione della configurazione spaziale maggiormente adeguata ai servizi offerti, evitando così le limitazioni che un tessuto consolidato inevitabilmente impone.

Nonostante appaia insolito posizionare strutture per l'assistenza socio sanitaria esternamente al centro abitato, in due casi studio selezionati le motivazioni che hanno condotto a tale scelta derivano direttamente dagli obiettivi fissati in partenza. Il centro "Cicignano" si trova su di una collina che sovrasta la città di Montemurlo e le colline pratesi, in una posizione da cui è possibile dominare il paesaggio circostante direttamente dalle aperture delle camere private. In questo caso, si è scelto di privilegiare la possibilità di osservare lo spazio circostante e godere dei benefici psicofisici di un luogo immerso nella natura poiché, la particolare condizione di difficoltà vissuta dagli utenti affetti da Alzheimer e da malattie degenerative gravi, non avrebbe permesso loro di vivere autonomamente il rapporto con la città e la sua comunità. Diverso è il caso della casa Verde di San Miniato, un luogo destinato ad accogliere ragazze con problematiche neuropsichiche, collocata al limite del centro abitato. Oltre alla necessità di riqualificare un edificio storico precedentemente destinato a orfanotrofio, la scelta di posizionare in questo punto il centro deriva dalla volontà di valorizzare una serie di relazioni previste in fase di progetto: il legame con il bosco adiacente, la relazione con la città (attraverso la riconfigurazione di percorsi che conducono fino al centro cittadino) e con le visuali circostanti.

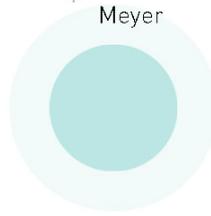
Per quanto riguarda il Polo pediatrico Meyer, la nuova struttura ospita, dal 2007, i servizi e le attività dell'antico Ospedale per bambini, posizionato originariamente nella più centrale sede di via Luca Giordano. In una fredda notte invernale, suggestivamente nominata "La notte dei bambini"¹, un piano predisposto dalla direzione sanitaria e amministrativa ha permesso ai piccoli pazienti di raggiungere le nuove strutture posizionate nell'area di Careggi, la zona dove sorge l'Azienda Ospedaliero-Universitaria. Le attività di alta specializzazione del Meyer necessitavano infatti di ampliare i propri spazi per poter accogliere, con maggiore efficienza, l'ampio bacino d'utenza proveniente da varie parti della penisola. Allo stesso modo il Campus BioMedico di Roma, dal 2008, in seguito ad un importante sviluppo dei servizi clinici e di formazione universitaria, è attualmente ospitato presso le strutture a sud di Roma traslocando dagli edifici che lo ospitavano precedentemente, localizzati all'interno del Grande Raccordo Anulare.

¹ La notte del 14 dicembre 2007 è ricordata come un evento storico per la città di Firenze e per i suoi abitanti. In un clima di estrema sensibilità e coinvolgimento emotivo, tutta la città contribuì al successo delle difficili operazioni di spostamento degli utenti e delle attrezzature provenienti dalla vecchia sede del Meyer. Il trasferimento fu coordinato dalla direzione dello stesso ospedale e da un importante organizzazione di volontari e forze dell'ordine. Per approfondire: URL <https://www.youtube.com/watch?v=-lbMCxHo32o> (Ultima consultazione 18/03/2019).



FIRENZE

📍 Azienda Ospedaliero Universitaria Meyer



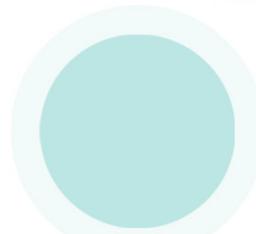
MONTEMURLO (PRATO)

📍 Residenza Sanitaria Assistita RSA Cicignano



ROMA

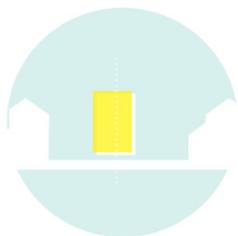
📍 Policlinico Universitario Campus Bio-Medico



SAN MINIATO (PISA)

📍 Centro di riabilitazione "Casa verde"
IRCCS Fondazione Stella Maris





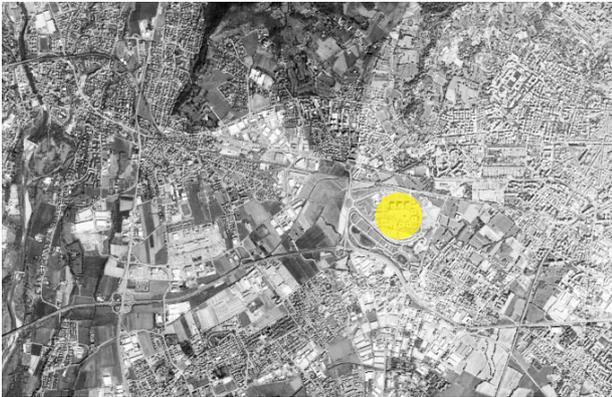
I POLI DI COLLEGAMENTO

I poli di collegamento territoriale rappresentano tutti quei sistemi sanitari che sorgono in posizione periferica ma in aree opportunamente individuate perché capaci di instaurare una serie di relazioni tra l'organismo stesso e le città che gravitano intorno. Tali strutture, caratterizzate da un bacino di utenza ampio e da un flusso di utenti potenziali elevato, necessitano di un posizionamento vicino agli assi di collegamento principale, esterno ai centri urbani e strategicamente integrato alla rete dei servizi sanitari esistenti. La scelta di posizionare i poli nell'area di confine tra più centri urbani fa riferimento alle tendenze in atto, le quali prevedono di accorpate centri più piccoli in strutture singole affinché sia possibile riconvertire i vecchi edifici, spesso non più adeguati alle moderne attività cliniche, a differenti usi. Si passa quindi a un sistema organizzativo che considera la struttura ospedaliera, e talvolta socio sanitaria, come un organismo destinato a soddisfare le esigenze di un'utenza ampia, intercomunale e/o interregionale.

Le strutture degli Ospedali Riuniti Padova Sud sorgono nel punto di contatto tra i territori dei comuni limitrofi di Monselice, Solesine ed Este e danno vita a un ospedale di medie dimensioni destinato ad accogliere un bacino d'utenza sovracomunale. Dal nome stesso si evince come la nuova struttura raccolga in un unico organismo quattro differenti organizzazioni mediche, precedentemente separate, riuscendo ad inserirsi nel territorio come riferimento all'avanguardia per un'intera comunità. Allo stesso modo, l'ospedale di Vimercate, realizzato in un punto strategico di convergenza tra i numerosi comuni dell'*hinterland* milanese, rappresenta un importante passo della sanità lombarda verso la realizzazione di un piano di unificazione dei servizi sanitari specialistici in centri di medie dimensioni e riferiti a un territorio che supera in confini comunali.

L'Ospedale Papa Giovanni XXIII di Bergamo trova spazio in un'area strategica e, a differenza dei due precedenti esempi, rappresenta, ad oggi, uno dei più grandi centri sanitari italiani e il maggiore tra quelli lombardi. Facilmente raggiungibile attraverso il sistema di viabilità ad alto scorrimento che lo circonda, il centro sanitario è inoltre ottimamente collegato al servizio di mobilità urbana e alla linea ferroviaria limitrofa attraverso una fermata dedicata. L'Ospedale si colloca quindi in un territorio intermedio, lontano dai quartieri densamente popolati della città, per ricoprire il nuovo ruolo di polo ad alta specialità medica, riferimento non solo per la comunità locale ma anche per un bacino d'utenza extraregionale.

Diverso è l'esempio del Centro Soranzo, una struttura dedicata al trattamento delle dipendenze da alcol, cocaina e gioco d'azzardo, situata all'interno di Forte Rossarol, un'area militare, ubicata alla periferia del piccolo comune di Tesserà, sottoposta a vincolo storico culturale e originariamente destinata a deposito di munizioni. La necessità di riqualificare gli edifici preesistenti, collocati all'interno di un'area naturalistica, si è presto rivelata un'opportunità: scegliere un complesso a padiglioni situato nel verde e lontano dalla vita frenetica della città diventava un fattore capace di influenzare positivamente il percorso terapeutico degli utenti ospitati. Così, la posizione periferica ma vicina alla città di Mestre, garantisce al Centro Soranzo una buona qualità nei collegamenti e, allo stesso tempo, permette agli utenti di beneficiare della straordinaria qualità del contesto paesaggistico in cui è immerso.



CAPITOLO

7

CAPITOLO 7

POSSIBILI SCENARI

7.1 SVILUPPI E PROSPETTIVE

UNA PRIORITÀ TIPOLOGICA PER L'ARCHITETTURA, UN'IMPELLENZA PER LA SOCIETÀ

L'azione di progettare lo spazio terapeutico in accordo con i processi di umanizzazione architettonica riguarda differenti tipologie di interventi edilizi legati da un obiettivo comune: il benessere dell'uomo. La tesi presenta 30 casi studio relativi principalmente a nuove costruzioni oltre ad alcuni esempi di ristrutturazione, rifunzionalizzazione e ampliamento che riguardano strutture sanitarie di differente natura (ospedali, RSA, centri di riabilitazione, ecc.). La scelta di occuparsi principalmente di nuove costruzioni deriva dalla consapevolezza che per intervenire su contesti e architetture esistenti sia necessario conoscere anticipatamente la disciplina che regola la progettazione *ex-novo* finalizzata al raggiungimento di un elevato grado di umanizzazione. In altre parole, si è convinti che per intervenire in un contesto consolidato, spesso di elevato valore architettonico e culturale come i grandi complessi ospedalieri storici, presenti in molte città italiane, sia necessario avere esperienza e conoscenza rigorosa di tutti i processi che intervengono in una nuova progettazione. Tuttavia, va ricordato che in Italia le problematiche legate agli edifici sanitari obsoleti, spesso interessati da fenomeni importanti di degrado diffuso, rappresentano le criticità maggiori di un patrimonio ospedaliero, afferente al SSN, che, per il 60%, utilizza strutture realizzate da più di 40 anni¹.

¹ La ricerca condotta nel 2009 dalla Fondazione CERBA (Centro Europeo di Ricerca Biomedica Avanzata) nell'ambito di un progetto della Divisione Ricerche (DiR) della SDA Bocconi, ha raccolto dati e informazioni sullo stato di salute degli ospedali italiani dimostrando come la vetustà delle strutture, l'incompletezza di numerosi organismi sanitari (soprattutto al centro sud) e una generale inadeguatezza dimensionale e tecnologica sono le problematiche maggiori delle strutture presenti nel territorio nazionale. Per approfondire: F. Lega, M. Mauri, A. Prenestini, *L'ospedale tra presente e futuro. Analisi, diagnosi e linee di cambiamento per il sistema ospedaliero italiano*, Egea Edizioni, Milano, 2009,

È quest'ultimo, quindi, il terreno d'azione più bisognoso di nuova, impegnativa e generosa progettualità. Ed è pertanto a quest'ultimo campo interventuale che il presente lavoro di ricerca intende rivolgere il proprio sguardo, una volta arricchito delle conoscenze acquisite attraverso gli "ex-novo" indagati. Sarà questa la sfida verso la quale augurarsi una cospicua trasversalità di approcci e soluzioni tra nuove strutture e operazioni di recupero del patrimonio esistente.

Diverso è invece il caso delle architetture appena più recenti, nate per un'attività di assistenza socio-sanitaria già consapevole della priorità di attenzione da dedicare alle utenze più fragili, così come diverso è il caso delle strutture già concepite in forte integrazione con il territorio, in quanto conscie dell'importanza del *continuum* morfologico-funzionale con le realtà d'intorno, per lo sviluppo di una terapia efficace e concreta, che non isoli il malato, che non svolga un tipo di ospitalità preclusiva. Da queste architetture sarà da trarre fecondo insegnamento, oltre a implementarne ulteriormente il già sufficiente gradiente "umano".

Si ritiene comunque che l'approfondimento sui processi di umanizzazione delle strutture sanitarie non possa esaurirsi nell'insieme di informazioni, casi studio e suggerimenti progettuali fin qui proposti, ma si auspica che il lavoro di ricerca possa proseguire seguendo tre direzioni principali: la prima teorica e metodologica (il progressivo e continuo aggiornamento della nozione di salute, l'approfondimento delle valenze funzionali capaci di ricadute qualificanti sull'ambiente curativo, l'interesse verso gli indicatori percettivi), la seconda di tipo operativo (la progettazione, il recupero e l'*up-grading* degli spazi della salute, sia nuovi che preesistenti, la formulazione di linee guida d'intervento, l'enucleazione di soluzioni atte all'esportazione e al re-impiego), la terza di carattere didattico-formativo, volta alla programmazione di Corsi, Stages, Workshops (L'umanizzazione delle strutture sanitarie: analisi dei contesti, progettazione del "nuovo", strategie di recupero del "pregresso").

IL RECUPERO COME "FOCUS"

L'indagine di carattere compositivo-progettuale, sin qui condotta, intende proseguire il proprio excursus, finalizzando il lavoro, in prima sede, verso il recupero delle strutture esistenti. È questa infatti, come già detto, l'urgenza più evidente e cogente.

Si propone un'attività di individuazione e categorizzazione delle operazioni e delle strategie compositive idonee per interventi sul contesto architettonico disponibile in un'ottica di riduzione delle nuove edificazioni e a favore di programmi progettuali mirati alla ristrutturazione e all'adeguamento delle strutture esistenti, al completamento di organismi incompiuti, alla riconversione di edifici privi dei requisiti necessari per lo svolgimento delle funzioni ospitate, agli ampliamenti per costruzioni di dimensioni insufficienti agli attuali standard. Per maggiore chiarezza è possibile individuare alcune caratteristiche specifiche di ognuno degli interventi citati:

- RISTRUTTURAZIONE - Realizzazione di opere connesse a strutture, già in funzione o non ancora attive, che presentano difficoltà operative derivanti da fattori esogeni o endogeni.
- ADEGUAMENTO - Interventi riguardanti la modifica o l'introduzione di

soluzioni architettoniche, funzionali o tecnologiche finalizzate a ristabilire una coerenza tra i requisiti normativi attuali e le caratteristiche delle strutture.

- **COMPLETAMENTO** - Operazioni di integrazione delle strutture, comunemente solo parzialmente attive, con l'obiettivo di ultimare la progettazione originaria rimasta incompiuta.
- **RICONVERSIONE** - Azioni di rifunionalizzazione di ambienti non più rispondenti alle mutate richieste funzionali delle attività svolte internamente.
- **AMPLIAMENTO** - Realizzazione di elementi e strutture a supporto dell'organismo originario in grado di riequilibrare il rapporto tra le nuove esigenze sanitarie e la risposta strutturale e funzionale dell'edificio.

L'UMANIZZAZIONE INTEGRATA AL PROGETTO: ANALISI DEI CONTESTI E STRATEGIE PROGETTUALI TRA RICERCA E FORMAZIONE

Una volta metabolizzato il corretto approccio alla materia, è possibile tradurlo in forme di competenza allargata attraverso l'istituzione di "luoghi" didattici specifici. Il programma delle attività formative e abilitanti potrebbe essere avviato attraverso la definizione di un modello di analisi del grado di umanizzazione di una struttura sanitaria (intesa come carattere intrinseco all'architettura) finalizzato all'individuazione delle situazioni di maggiore urgenza per una successiva traduzione in soluzioni progettuali da applicare a casi studio reali. Il corso potrebbe essere suddiviso quindi in due moduli:

- **MODULO 1** - Destinato all'attività di analisi e indagine critica di architetture esistenti e attualmente operative.
- **MODULO 2** - Orientato alla definizione di strategie progettuali.

La selezione delle strutture da inserire nell'insieme dei casi studio disponibili dovrà tener conto delle caratteristiche tipologiche e funzionali dell'organismo prescelto, delle intenzioni iniziali che hanno condotto alla sua edificazione, del periodo storico di costruzione e delle forme organizzative e distributive maggiormente diffuse all'epoca del progetto. Si potrà quindi dare avvio all'indagine sul campo solo dopo aver approfondito tutte le informazioni relative alla storia architettonica dell'edificio, o gruppo di edifici prescelti, e successivamente alla formazione di una *checklist* delle qualità valutabili e dei criteri che hanno condotto alla loro individuazione.

Sarà possibile far riferimento ai materiali della ricerca "La valutazione partecipata del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero", coordinata dall'agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali age.na.s, svolta nel 2015, concentrandosi sugli *items* dell'area 2² e ricercando possibili integrazioni di indicatori relativi alla qualità architettonica e funzionale dello spazio.

La parte progettuale seguirà la fase conoscitiva e ogni discente potrà selezionare

² La ricerca nasce con la finalità di verificare il grado di umanizzazione di alcune strutture sanitarie per acuti dislocate sul territorio italiano. Attraverso una serie di indicatori riguardanti i vari aspetti che influiscono sul processo di umanizzazione (percorsi assistenziali e organizzativi, accesso alle informazioni e trasparenza, cura delle relazioni con il paziente/cittadino e, particolarmente interessante nell'ambito della tesi, accessibilità fisica, vivibilità e comfort dei luoghi di cura) sono state raccolte e analizzate informazioni coinvolgendo 417 strutture di ricovero. Gli items dell'area 2, nello specifico, si riferiscono a caratteristiche relative allo spazio architettonico e alla configurazione degli ambienti interni. Per approfondire: <https://www.agenas.gov.it> (ultima consultazione 13/08/2019)

IMMAGINE 1

Ricerca "La valutazione partecipata del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero", a cura di age.na.s - agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, 2015. Matrice della Struttura di valutazione del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero. In evidenza gli Items di Area 2 - Accessibilità fisica, vivibilità e comfort dei luoghi di cura.

un caso studio di riferimento per portare avanti, individualmente o in gruppo, le attività di indagine sul campo attraverso sopralluoghi, questionari e interviste da tradurre, successivamente, in indicazioni per il progetto. La fase progettuale, infatti, sarà propedeutica al MODULO 1 e seguirà le linee d'indirizzo scaturite dalle operazioni di indagine diretta. Il progetto potrà individuare una o più tipologie di intervento necessarie per il raggiungimento di un maggiore livello di umanizzazione dell'architettura, tra cui ristrutturazioni, adeguamenti, completamenti, riconversioni e ampliamenti.

Si richiederà, al termine della fase progettuale, una tabella di corrispondenza tra le criticità individuate nella fase iniziale e la relativa possibile soluzione progettuale orientata al miglioramento delle condizioni di partenza.

AREA	SOTTO-AREA	CRITERI	
1 Processi assistenziali e organizzativi orientati al rispetto e alla specificità della persona	1.1 Attenzione alle fragilità e ai bisogni della persona	1.1.1 Funzione di supporto psicologico	
		1.1.2 Attività/ interventi per favorire la socialità e la continuità con il mondo esterno	
		1.1.3 Agevolazione del supporto relazionale e affettivo di familiari e altri soggetti	
		1.1.4 "Ospedale senza dolore"	
	1.2 Rispetto della privacy	1.2.1 Rispetto dell'anonimato e della non-diffusione dei dati sensibili	
		1.2.2 Rispetto della riservatezza	
	1.3 Impegno per la non-discriminazione culturale, etnica, religiosa	1.3.1 Rispetto delle specificità linguistiche	
		1.3.2 Rispetto delle esigenze di culto	
		1.3.3 Rispetto delle specificità etniche e culturali	
	1.4 Continuità delle cure	1.4.1 Agevolazione della continuità delle cure	
	2 Accessibilità fisica, vivibilità e comfort dei luoghi di cura	2.1 Accessibilità fisica	2.1.1 Eliminazione delle barriere architettoniche e sensoriali
			2.1.2 Accessibilità ai pedoni e ai mezzi di trasporto
2.2 Logistica e segnaletica		2.2.1 Orientamento e segnaletica	
		2.2.2 Percorsi interni	
2.3 Reparti di degenza "a misura d'uomo"		2.3.1 Dotazioni e caratteristiche dei reparti di degenza	
		2.3.2 Reparti di degenza "a misura di bambino"	
		2.3.3 Comfort alberghiero	
2.4 Comfort generale della struttura		2.4.1 Comfort dei servizi comuni	
		2.4.2 Comfort delle sale d'attesa	
3 Accesso alle informazioni, semplificazioni e trasparenza		3.1 Semplificazione delle procedure	3.1.1 Semplificazione delle modalità di prenotazione
	3.1.2 Semplificazione delle modalità di accesso alle prestazioni		
	3.2 Agevolazione dell'accesso alle informazioni e trasparenza	3.2.1 Agevolazione dell'accesso alla documentazione sanitaria	
		3.2.2 Accesso alle informazioni	
4 Cura della relazione con il paziente/paziente/cittadino	4.1 Relazione tra professionista sanitario e paziente	4.1.1 Cura della comunicazione clinica ed empowerment individuale	
		4.1.2 Formazione e supporto al personale per la cura della relazione con il paziente	
	4.2 Relazione con il cittadino	4.2.1 Assunzione di impegni nei confronti del cittadino	
		4.2.2 Accoglienza	
		4.2.3 Formazione del personale di contatto	

7.2 CONCLUSIONI

L'evoluzione degli strumenti e degli obiettivi di umanizzazione, in ambito sanitario, più dell'aver individuato nuove specifiche finalità per l'architettura, ha sottolineato e promosso il rispetto di alcuni aspetti fondamentali che costituiscono, da sempre, la base di ogni buon progetto, ospedaliero o non. Infatti, l'esigenza di considerare l'uomo come riferimento principale per la composizione e definizione di uno spazio che voglia dirsi "abitabile" è un fattore determinante, forse l'unico veramente motivante; esso è intrinseco a ogni percorso progettuale e non può essere, come spesso accade, ridotto a momento di verifica conclusiva.

In altre parole, l'obiettivo finale del raggiungimento del più alto grado di umanizzazione dovrebbe porsi a premessa di ogni scelta progettuale; dovrebbe funzionare, sin dagli esordi dell'excursus, come principio base, da voler condurre con convinzione a partire dalla scelta localizzativa, ossia dal posizionamento urbano e/o territoriale alla scelta della modalità insediativa da adottare, dall'organizzazione tipologico/distributiva all'aggregazione dei corpi di fabbrica dell'organismo complessivo, dalla definizione dei percorsi interni sino al corretto disegno, dimensionamento, attrezzatura e corredo dei locali di soggiorno e degenza.

La stessa enunciazione dei 10 principi informativi, teorizzata dal modello Piano-Veronesi, punta, fondamentalmente, verso un unico e solido obiettivo: l'urbanità, l'appropriatezza e la socialità, ad esempio, tra i diversi principi espressi, unitamente convergono verso un presupposto superiore. L'umanizzazione si compone di singoli scopi, ma racchiude sinteticamente un'unica mozione di spirito e di attitudine progettuale.

La questione resta pertanto quella della chiarezza degli intenti e delle relative modalità per esaudirli: le finalità possono tradursi in precise e inequivocabili strategie "umanizzanti"? L'obiettivo del perseguimento di eccellenti funzionalità e tecnologie sofisticate può svilupparsi appieno, senza lasciare "dimentica" la questione del comfort, dell'attrattività, finanche della bellezza dello spazio di cura?

Infatti, l'umanizzazione non si limita a modellare lo spazio secondo le forme, le dimensioni e le necessità oggettive dell'uomo, ma mira altresì ad adeguare gli ambienti sulla base dei desideri, delle aspirazioni, delle forze ma anche delle debolezze, che riguardano soprattutto la sua sfera emozionale e psicologica. Cresce, in tal modo, l'interesse da parte della società per i cosiddetti "bisognosi" di cura, traducendone la dimensione di "necessità" in condizione "di merito". L'ospedale diviene luogo da anelare, non più da subire, tantomeno da paventare.

D'altro canto, l'integrazione con il contesto urbano/territoriale aumenta non soltanto il sentimento del "riconoscimento" da parte della comunità locale di riferimento, ma anche la voglia di "appartenenza" da parte di un più generale e vasto bacino di utenza che identifica, in quel luogo, la specificità d'attenzione rivolta al proprio singolare problema. Il territorio, la città, l'istituto di cura, formano un tutt'uno solidale, gradevole, attrezzato: un luogo verso il quale tendere, posto sotto l'egida del benessere. Non vi si reca trascinati dall'importanza e dall'impellenza del rimedio. Lo si raggiunge, lo si abita, lo si vive come scelta, come opzione di miglioramento fisico e psichico, quale "luogo mèta", al pari dei siti più interessanti offerti da un determinato contesto. Mentre la popolazione che si identifica in

esso, e che lo elegge a manifesto del proprio livello di sviluppo sociale, spazia dal circondario d'interesse locale a quello più diffuso, tenuto insieme dall'ambito tipologico e tematico che ne caratterizza il programma di cura.

In uno degli scambi con l'Arch. Lucia Mosconi, dello studio *Binini Partners*¹, si è affrontato il problematico rapporto dell'architettura con la parola "umanizzare". Essa infatti sottolinea il corretto posizionamento dell'uomo al centro di ogni processo progettuale ma, allo stesso tempo, viene spesso considerata solo in una fase di completamento o ridotta a semplice operazione di decorazione degli spazi interni. Secondo una riflessione più ampia, l'umanizzazione può diventare invece il principio capace di generare un sistema di progettazione basato non solo "sull'abbellimento" dello spazio, ma sul reale valore della sua conformazione. Questo risulta possibile solo se, nel programma progettuale, oltre alle necessarie e imprescindibili soluzioni architettoniche e spaziali interne, vengono introdotti alcuni *input* di ordine architettonico e territoriale (la scala dell'intervento, l'interconnessione con gli spazi della città, la definizione di un'immagine dell'involucro architettonico, la configurazione dei tracciati di arrivo e della rete di connessione interna, le modalità di coinvolgimento della comunità locale, ...).

L'architetto e studioso Stephen Verderber² nel testo *Innovations in Hospital Architecture*³, non limitandosi all'analisi dello spazio interno, ma ampliando le sue ricerche anche all'architettura e alle relazioni che essa instaura con il contesto fisico ma soprattutto umano e sociale, individua i quattro caratteri principali che un'architettura sanitaria deve soddisfare: la dimensione funzionale, estetica, simbolica e spirituale. Il ricercatore statunitense li descrive così:

«Il supporto funzionale è tradotto nel grado in cui le prestazioni dell'ambiente fisico supportano le necessità funzionali quotidiane dei suoi abitanti. Il supporto estetico consiste nel ruolo astratto e in gran parte interpretativo della forma costruita e dei significati che essa possiede. Il supporto emotivo è la capacità dell'ambiente costruito di aiutare a espandere gli orizzonti interni e aumentare la competenza. Il supporto spirituale denota il sostegno che l'ambiente costruito è in grado di fornire come una base sulla quale un individuo è in grado di riflettere e autorealizzarsi»⁴.

I quattro tipi di supporto che un ambiente umanizzato deve assicurare all'utenza variano quindi da fattori puramente fisici a fattori psicologici e percettivi che intervengono contemporaneamente.

Del resto, come affermato già nel 1973 dall'architetto e allievo di Le Corbusier André Wogenskj, «L'architettura agisce sul nostro pensiero offrendoci l'ambiente, le immagini, l'equilibrio delle cose, facendoci avere percezioni del tempo e dello spazio, facendoci avvertire l'energia delle forme o il senso della bellezza. [...] Essa prende, forma, impregna, crea. L'architettura è attiva»⁵.

1 L'architetto Lucia Mosconi fa parte dello studio Binini Partners dal 2004 ed è oggi la responsabile del settore Architettura e Design. Specializzata in tecnica ospedaliera e in pianificazione e progettazione integrale e coordinata di strutture sanitarie ed assistenziali, ha partecipato alla progettazione del Centro Oncologico ed ematologico CORE di Reggio Emilia. In agosto 2018 ha guidato la visita di studio alla struttura emiliana insieme al Dott. Francesco Soncini, referente della direzione medica dell'ospedale. Vedi: Cap.3 par.3, pag.96.

2 Vedi: pag. 122.

3 S. Verderber, *Innovations in Hospital Architecture*, Taylor & Francis Ltd, 2010.

4 *Ivi*, pag.233.

5 A. Wogenskj, *Per un'architettura attiva*, Ellegi edizioni, 1° edizione 1973, pag.18.

Una concezione così profonda del rapporto tra uomo, architettura e ambiente sembra mettere in discussione una delle indicazioni progettuali che scaturisce dalla tesi, ovvero che la necessità di individuare gli effetti fisici, psicologici e comportamentali di determinati spazi, in fase progettuale, basti a orientare il progetto verso un maggiore livello di *comfort* e benessere percepito dall'utenza oltre che a un miglioramento dell'efficienza operativa di una struttura sanitaria. Tale approccio rischia infatti di condurre la progettazione architettonica verso scenari in cui la rigidità metodologica può arrivare a minacciare la contestualizzazione, l'adeguatezza dell'organismo architettonico e il suo significato d'insieme. Infatti, sebbene la contemporanea ricerca architettonica si stia orientando sempre di più verso il raggiungimento del più alto livello di umanizzazione degli spazi in relazione alla loro natura (cura, supporto o accoglienza), una sua estremizzazione tecnica rischia di contribuire alla desacralizzazione di uno spazio così profondo come quello dell'ospedale o dei centri socio-sanitari. In altre parole, la stessa umanizzazione potrebbe sovrastare il valore simbolico e il delicato compito di un'istituzione come quella ospedaliera.

Lo "sguardo clinico" di cui ci parla Michel Foucault «(...) *brucia le cose fino alla loro estrema verità. (...) la sua verità si offre in una decomposizione che è ben più di una lettura, poiché si tratta della liberazione d'una struttura implicita. (...) la clinica non ha più semplicemente il compito di leggere il visibile; essa deve adesso scoprire dei segreti*»⁶.

Il concetto di "sguardo clinico" potrebbe essere oggi associato a quello di "sguardo tecnico", ovvero a una visione dello spazio intesa come insieme di componenti singole che, attraverso una serie di rapporti e relazioni reciproche, acquistano un significato d'insieme. Questo processo di semplificazione e scomposizione determina però un'estrema riduzione a elementi isolati che spesso finisce per ridimensionare il valore simbolico e spirituale dell'ospedale. Il termine "spirituale", in questo caso, non è riconducibile a una dimensione "religiosa" dell'architettura ma, piuttosto, a una carica spirituale naturale che inevitabilmente pervade l'umanità in un luogo in cui il confine tra la vita e la morte si indebolisce. I tentativi di umanizzare uno spazio, infatti, non dovranno mai sostenere solo il senso utilitaristico di un'architettura sanitaria e, conseguentemente, estinguere quel mistero e quella spiritualità che da sempre accompagna le strutture mediche.

«La struttura architettonica dell'ospedale dovrà tener conto, nel disegnare spazi, che questi sono spazi di vita, di lavoro, di sofferenza e speranza e spesso di morte. Spazi che non vanno mistificati attraverso operazioni cosmetiche che trasformano l'ospedale in albergo a cinque stelle, riproducendo in forma più elegante la volontà di nascondere la malattia e la morte, ma siano attenti a identificare e supportare gli aspetti del sapere tecnico con quelli della comunicazione, favorendo le forme di personalizzazione e di coinvolgimento nella prassi assistenziale»⁷.

Pertanto, una buona progettazione, coerente con i criteri di umanizzazione ed efficienza, non necessariamente farà, di un edificio, un ospedale; questo prenderà forma solo quando lo spazio, le proporzioni, la luce e le forme, l'atmosfera interna

⁶ M. Foucault, *Nascita della clinica. Un'archeologia dello sguardo clinico*, Einaudi Editore, pag.141.

⁷ C. Clini, *L'ospedale a misura di persona*, in M. Trabucchi, *Outcome e qualità nell'ospedale*, in N. Falcitelli, M. Trabucchi, F. Vanara (a cura di), *Rapporto Sanità 2000. L'Ospedale del futuro*, Editore Il Mulino, Bologna, 2000.

e il significato che ogni uomo potrà assegnare all'architettura, convergeranno verso un sentimento condiviso di appartenenza e partecipazione che non necessariamente dovrà "scoprire tutti i segreti" ma, si auspica, possa rispondere alle istanze umane mantenendo in ombra alcuni aspetti inesprimibili: quelli propri della singolarità di ogni vita.

Dal punto di vista progettuale appare chiaro come un argomento di tale complessità non possa risolversi nella rigidità della tipologia, ma debba svilupparsi in configurazioni di volta in volta differenti e ancorate, tuttavia, a principi e finalità comuni. Tra questi, risulta oggi imprescindibile tenere conto, fin dalla fase di progettazione, dei progressi in atto in campo medico sanitario individuando alcune delle numerose invarianti che guideranno il cambiamento nella progettazione delle strutture sanitarie nei prossimi anni. Occorre pertanto agire su «[...] *gli impatti degli sviluppi della medicina e chirurgia, gli impatti delle nuove tecnologie applicate alla sanità, l'evoluzione del comportamento del paziente/cliente di servizi ospedalieri [...]*»⁸. Per far fronte a tali istanze, la composizione architettonica deve ricorrere al concetto di "proattività" che, come spiega la Dott.ssa Anna Prenestini del CERGAS (Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale) dell'Università Bocconi di Milano⁹, è la «[...] *capacità di saper anticipare al meglio qualsiasi fenomeno che possa minare l'efficacia e l'efficienza del sistema e capacità di reagire preventivamente e con soluzioni innovative a cambiamenti epidemiologici, sociali o tecnologici che possono avvenire nel futuro [...]*»¹⁰.

Attraverso la tesi, si è tentato di mostrare la complessità del tema evitando semplificazioni che non appartengono alla pratica progettuale di un'architettura eterogenea e complessa come quella dei luoghi di assistenza e cura. Tuttavia, l'impossibilità di individuare un procedimento capace di suggerire la giusta configurazione spaziale sulla base dei dati di partenza, deve fare i conti con la necessità di individuare alcune "costanti progettuali", intese come «*filtro tra l'interpretazione degli input (di volta in volta differenti) e la proposta progettuale (adeguata a ogni specifico caso analizzato)*»¹¹. La ricerca associa agli obiettivi di natura architettonica quelli di natura organizzativa, lasciando emergere le tematiche centrali per la progettazione umanizzata di una struttura sanitaria nella consapevolezza che, allo stato attuale, per perseguire il principio di "proattività" dei sistemi sanitari si debba ricorrere a una progettazione orientata alla flessibilità, proporzionalità, integrazione, personalizzazione e responsabilità dello spazio. Nello specifico, si ritiene che, all'atto di avviare un percorso progettuale, si debbano ricercare configurazioni che prevedano il soddisfacimento dei seguenti criteri:

- INTEGRAZIONE E TOPOLOGIA - Se, nel modello Piano-Veronesi per il Nuovo Ospedale¹², i principi dell'"urbanità" e della "socialità" rispondevano

8 A. Prenestini, *Le premesse per la riconfigurazione dei sistemi ospedalieri*, in F. Lega, M. Mauri, A. Prenestini, *op.cit.*, pag. 180.

9 Il CERGAS rappresenta un centro di riferimento nazionale per le attività di ricerca relative a cinque specifiche aree: management sanitario, economia sanitaria e valutazione delle tecnologie sanitarie, politica sanitaria, servizi di assistenza sociale e management delle imprese sociali e non profit. Per approfondire: <https://www.sdabocconi.it/it/faculty-ricerche/lab-e-centri-di-ricerca/cergas-centro-di-ricerche-sulla-gestione-dellassistenza-sanitaria-e-sociale> (Ultima consultazione (12/08/2019)

10 A. Prenestini, *op. cit.*, pag. 167.

11 F. Meoli, *Innovazione organizzativa e tipologica per l'ospedale. Nuove proposte distributive*, Cangemi Editore, Roma, 2015, pag. 59.

12 Vedi: Cap.2 par.3, pag.62.

rispettivamente alle seguenti richieste di “integrare l’ospedale con il territorio e la città” e “rendere tangibile l’appartenenza dell’ospedale alla comunità e lo spirito di solidarietà”, l’integrazione a cui ci si riferisce sancisce il rapporto di inter-dipendenza che i due concetti assumono nella progettazione di una struttura sanitaria capace di rispondere agli attuali standard di umanizzazione. Il sistema organico che ne scaturisce fa sì che ogni spazio sia direttamente parte di una unità integrata, un sistema unico in cui «[...] le forme che compongono un’architettura non sono solo giustapposte nello spazio, ma integrate in una unità, una “forma integrante”. C’è gerarchia di forme contenute e contenenti. La somma delle forme contenute nella forma contenente è molto più che un’addizione aritmetica»¹³. Il criterio dell’integrazione rientra nelle strategie perseguibili per progettare uno spazio per l’uomo nella sua totalità poiché il desiderio di “conciliare complessità ospedaliera e dimensione umana”¹⁴ non può prescindere dal corretto posizionamento dell’architettura nell’ambiente fisico e sociale di un luogo.

- **PROPORZIONALITÀ E DIMENSIONALITÀ** - «Il compito dell’architetto, nella sua qualità di compositore sia di ambienti esterni che di spazi interni, sta nella capacità di individuare e materializzare le componenti del luogo abitato, coordinandole in fatti di rapporto»¹⁵. Questo assunto che sta alla base di ogni buona progettazione architettonica e assume una particolare rilevanza nel caso della composizione di spazi ospedalieri, da sempre luogo in cui le dimensioni “giganti” di numerosissimi organismi ospedalieri finiscono per annullare ogni sentimento positivo in chi si trova a frequentarli. La proporzionalità riguarda quindi i rapporti reciproci tra gli stessi corpi architettonici e/o le strutture limitrofe e individua un rapporto di interrelazione orientato al raggiungimento di un rapporto armonico di forme e grandezze. La dimensionalità invece si riferisce a una ritrovata armonia di rapporti tra l’uomo, nella sua dimensione fisica e psicologica, l’architettura e l’ambiente che lo ospita. Tali fattori si traducono in differenti approcci progettuali a seconda della tipologia di struttura che si vuole progettare, delle dimensioni dell’intervento e del contesto ambientale e sociale in cui si interviene.

13 N. Trasi, *introduzione al progetto di architettura. Didattica e ricerca*, Kappa edizioni, 2012, pag.15.

14 M. Mauri, R. Satolli, G. Candiani, A. Gullotti, S. Pagliani, *Guarire l’Ospedale*, Agenzia di editoria scientifica Zadig, Milano, 2010, pag. 23.

15 S. Marsicano (a cura di), *Abitare la cura. Riflessioni sull’architettura istituzionale*, Franco Angeli, Milano, 2002, pag.172.

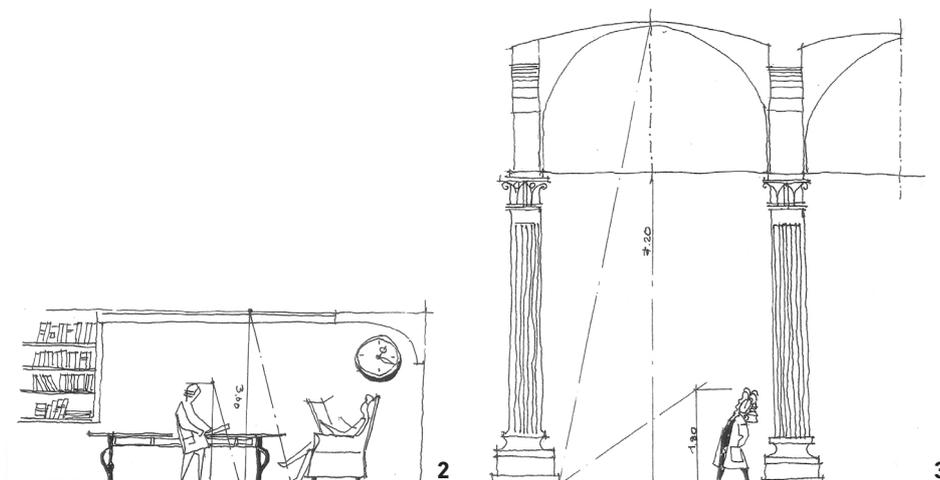


IMMAGINE 2, 3
Esempi di rapporti tra la figura umana e l’architettura.

- **FLESSIBILITÀ E ADATTABILITÀ** - Interrompere la consuetudine che determina l'inadeguatezza di strutture sanitarie la cui realizzazione richiede anni e a volte decenni, è possibile solo perseguendo i principi di flessibilità e adattabilità degli spazi. Come accennato precedentemente, è necessario prevedere in modo accurato quali saranno gli sviluppi della medicina e della tecnologia per individuare soluzioni capaci di garantire un grado massimo di modificabilità con il minimo impegno economico. Il raggiungimento del massimo grado di flessibilità dipende fortemente dalle scelte operate in fase progettuale e scaturisce da una sinergia di fattori quali la scelta dell'impianto strutturale e del sistema distributivo interno in grado di sostenere eventuali modifiche della configurazione interna, la scelta di arredi e partizioni interne integrabili e modificabili, realizzati secondo la metodologia dei sistemi di costruzione a secco in modo da garantire la possibilità di modificare facilmente l'assetto generale, l'utilizzazione di strutture di tamponamento regolato da un sistema modulare adatto all'inserimento di elementi sia trasparenti che opachi, la predisposizione di sistemi impiantistici validi anche in prospettiva di un aumento o una diminuzione delle richieste energetiche da parte delle funzioni ospitate¹⁶. Questo criterio progettuale orienta oggi numerose ricerche¹⁷, muovendo da approfondimenti che, già nella seconda metà del XXI secolo, individuavano nella "mobilità architettonica" una soluzione capace di agire direttamente sulla disponibilità e preparazione degli operatori e sul "comportamento psicologico" dell'utente¹⁸.

16 Cfr. D. Nachiero, *La flessibilità nelle strutture sanitarie*, tesi di Laurea Specialistica, Politecnico di Milano, Facoltà di Architettura e Società, Corso di Laurea Specialistica in Architettura - Indirizzo Tecnologico Strutturale dell'Architettura, a.a. 2008/09, Relatore S. Capolongo, Correlatore M. Buffoli.

17 S. Capolongo, A. Brambilla, Alta Scuola Politecnica, *OPEN BUILDING: Open Building for Future Healthcare Environments*. Vedi: Appendice al Cap.2, pag. 66. Per approfondire: S. Capolongo, *Architecture for flexibility in healthcare*, Franco Angeli, 2012.

18 Cfr. A. Wogenskj, *op.cit.*, pag.46.

IMMAGINE 4

Schema esemplificativo del sistema "OPEN BUILDING: Open Building for Future Healthcare Environments". S. Capolongo, A. Brambilla, Alta Scuola Politecnica, Politecnico di Milano.

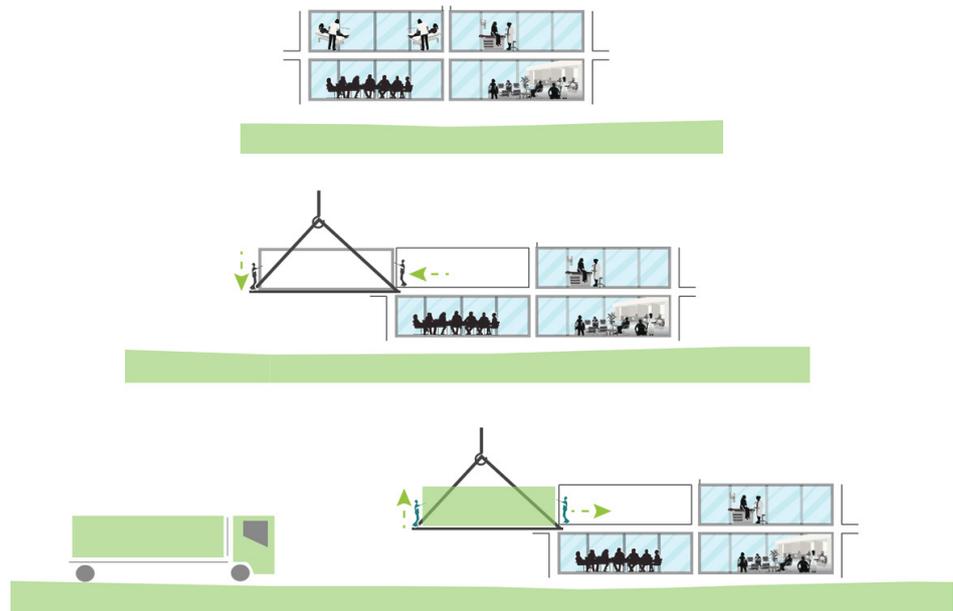




IMMAGINE 5

"La finestra dei sogni", dispositivo interattivo presente negli spazi di attesa dell'Ospedale pediatrico Meyer di Firenze.

- **RESPONSIVITÀ E MEDIALITÀ** - La capacità di uno spazio e di un'architettura di relazionarsi con l'uomo e con le sue necessità psico-fisiche riprende i principi che guidano la relazione tra l'utente e i dispositivi informatici. Come affermato dal designer Ethan Marcotte¹⁹ per dar vita a un design "responsivo" è necessario che il sistema si adatti alle richieste dell'utente e alle condizioni dei dispositivi che si utilizzano attraverso, soprattutto, due delle strategie precedentemente citate: utilizzare griglie fluide e immagini flessibili²⁰. Seppur destinato al mondo transitorio ed effimero del web, questo approccio può fornire elementi utili a una metodologia progettuale che, nel caso delle strutture sanitarie, richiede una capacità di adattamento ai cambiamenti scientifici e tecnologici altrettanto importante. L'architettura riprende i due criteri base del *responsive design*, traducendoli in principi a cui far riferimento affinché la composizione e lo spazio possano "adattarsi" al soggetto che di volta in volta ne fa esperienza. Questo approccio non può certamente tradursi in conformazioni sempre differenti data la natura stessa di un'opera architettonica, ma fornisce indicazioni utili alla definizione di un *layout* flessibile orientato al numero massimo di utenti, differenti per bisogni e aspirazioni, che devono poter ritrovare nell'architettura quell'atmosfera capace di attivare una forma di relazione tra la natura sensibile dell'uomo e il linguaggio formale dello spazio capace di "Adattarsi, Reagire, Risolvere".

Oltre a una progettazione mirata al raggiungimento degli obiettivi di massima flessibilità e adattabilità delle strutture, per rispondere ai requisiti di "responsività" l'architettura deve ricorrere anche al concetto di "medialità" associato quindi ad «Un'architettura che ha principalmente a che fare con l'esperienza e la progettazione, di nuove forme di convergenza o di connessione tra corpi distanti nello spazio o diversi

¹⁹ Ethan Marcotte è un web designer che nel volume "Responsive Web Design", pubblicato nel 2011, ha individuato nelle griglie fluide, nelle immagini flessibili e nei *media queries* i tre principi posti alla base del design reattivo. Questa modalità di progettare sul web introduce a una nuova visione della relazione con l'utente in quanto soggetto non più standardizzato ma unico e portatore di specifiche richieste, in questo caso legate alle capacità del dispositivo da cui accede, dalla sua forma e dimensione oltre che dal software che utilizza. Per approfondire: E. Marcotte, *Responsive Web Design, A Book Apart*, 2011, <https://ethanmarcotte.com/> (ultima consultazione 25/07/2019)

²⁰ Cfr. E. Marcotte, *op.cit.*

per appartenenza di specie, tra corpi e spazio, tra cose e sensi»²¹. La capacità di connettere lo spazio con l'uomo deve quindi essere supportata dai "media" ovvero da quei dispositivi capaci di comunicare direttamente con l'architettura «[...] dando luogo a un territorio che consiste nella creazione di forme di passaggio profondamente originali, forme di apertura o di interconnessione tra luoghi e corpi vicini o lontani, tra spazi reali e virtuali»²². Queste riflessioni non intendono ridurre il valore del rapporto che fino a oggi ha legato l'uomo all'architettura in quanto spazio costruito ma vogliono sottolineare la necessità di ampliare i luoghi della salute e le relative relazioni con l'utenza attraverso le tecnologie digitali che ci permettono di creare degli spazi realmente reattivi, capaci di sintonizzarsi con l'uomo e di rispondere in modo specifico e personalizzato ai bisogni di tutti coloro che ne usufruiranno.

Tale elencazione non vuole esaurirsi in una metodologia chiusa, ma suggerisce, anzi invoca la sua possibile prosecuzione.

Occorrono riflessioni e pensieri. Occorre sondare pratiche, verificare risultati, censire le valutazioni *ex-post*, farne tesoro per il progetto "a venire". Occorre, in una parola, abbracciare la causa, oltretutto estendere e diffondere una preoccupazione che, dell'architettura, rappresenta la maggior funzione, il ruolo primario: la dedica all'uomo.

Serve, per questo, una condivisione compatta riguardo alle finalità del lavoro da svolgersi. La prima urgenza è quella del riuscire a sensibilizzare, sotto questo segno, ogni progettista che si appresti a sfidare la difficile realtà dell'architettura dei luoghi di cura, dargli il miglior sostegno, dividerne lo sforzo in una dimensione corale di tutte le competenze concorrenti. Occorre arricchire la disciplina specifica rendendola multivalente, empatica, parallela alla vita. Serve uno sguardo diverso, conciliante. L'esistenza deve affermare il suo ruolo. Fine del "riduttivismo". Fenomenologia, spontaneità, abbondanza, indulgenza stanno come esattezza, scientificità, tecnicità, progresso.

Non esiste solo una popolazione malata da ospedalizzare.

Esiste un'umanità e una società da proteggere.

21 M.L. Palumbo, *Paesaggi sensibili. Architetture a sostegno della vita*, Due punti edizioni, Palermo, 2012, pag.20.

22 *Ibidem*.

CAPITOLO 8

8.1 EUROPA

A. Aalto, Sanatorio di Paimio, Turku (Finlandia), 1933.

C. F. Moller, Akershus University Hospital, Oslo (Norvegia), 2009.

Richard Murphy Architects, Maggie's Cancer Caring Centre, Edimburgo, (Scozia), 1996.

Studio EFFEKT, Centro oncologico "Livsrum". Copenhagen (Danimarca), 2013.

EGM architecten, Ospedale "Jeroen Bosch", Dordrecht, (Olanda), 2010.

Tinker imagineers, Ospedale pediatrico "Juliana Children", L'Aia, Paesi Bassi, 2015.

Steven Holl Architects, Maggie's Cancer Caring Centre, Barts, Londra, (Inghilterra), 2017.

Baumschlager Eberle Architekten, AZ Groeninge hospital (Belgio), Kortrijk, 2017.

Studio archipelago, Ospedale universitario, Leuven (Belgio), in corso di completamento.

Brunet Saunier, Centro ospedaliero Marne la Vallée, Jossigny (Francia), 2012.

Studio archipelago, "Maas & Kempen" Hospital, Maaseik (Belgio), 2017.

Luis Vidal + architects, Nuovo ospedale "Álvaro Cunqueiro", Pontevedra (Spagna), 2015.

Óscar Miguel, Ares Álvarez, Residenze per anziani, Valladolid (Spagna), 2016.

Rafael de La-Hoz, Ospedale "Rey Juan Carlos", Madrid (Spagna), 2015.



8.2 ITALIA

Modus Architects, Centro di riabilitazione psichiatrica, Bolzano, 2016.

A. Zublena, Studio Monaco Martini, Studio Traversi, Ospedale "Papa Giovanni XXIII", Bergamo (MI), 2012.

Mario Botta, Studio Redaelli Associati, Ospedale di Vimercate (MI), 2006 - 2010.

Stefano Boeri Architetti, Nuovo Policlinico di Milano, 2006 - in corso di realizzazione.

ULSS17, STEAM, SCAU, Studio Sansoni, Nuovi Ospedali Riuniti di Padova sud, Monselice, 2014.

Obr studio & Policreio, Ospedale dei Bambini "P. Barilla", Parma, 2013.

Studio binini Partners, CORE - Centro Oncologico ed Ematologico, Reggio Emilia, 2010.

Renzo Piano Building Workshop, Hospice pediatrico, Bologna - in corso di realizzazione

Casa Verde per disabilità neuropsichiche, LDA. iMdA architetti associati, San Miniato (PI), 2016.

Ipostudio Architetti, Residenza Sanitaria Assistita, Montemurlo (PO), 2011.

Studio CSPE, Ospedale pediatrico "Meyer", Firenze, 2006.

Centro per utenti affetti da morbo di Alzheimer, Davanzo Architetti, Castelfranco Veneto (TV), 2016.

Arbau Studio, Centro socio-sanitario "Soranzo", Tesserà (VE), 2015.

Casa famiglia "L'abbraccio di Arianna" e "S. Smargiassi", Residenze per utenti con disabilità intellettive, Civita Castellana (VT)

Labics & Topotek 1, Masterplan del Campus BioMedico, Roma, 2018.

Studio laN Plus, Ospedale del Mare, Napoli, 2016.



SELEZIONE BIBLIOGRAFICA
FONTI DELLE ILLUSTRAZIONI



SELEZIONE BIBLIOGRAFICA

PARTE 1

VOLUMI

- A. Aalto, *Idee di architettura. Scritti scelti 1921-1968*, Zanichelli, Bologna, 1987.
- S. Bartoccioni, G. Bonadonna, F. Sartori, P. Barnard (a cura di), *Dall'altra parte. Tre grandi medici raccontano la loro malattia*, Rizzoli, 2016.
- Binini Partners, *CORE. Centro Oncologico ed ematologico Reggio Emilia*, The Plan edition, Bologna, 2016
- M. Bertini, *Psicologia della Salute*, Enciclopedia Italiana Treccani.
- M. Bonnes, G. Secchiaroli, *Psicologia ambientale. Introduzione alla psicologia sociale e ambientale*, Carocci editore, Roma, 1992.
- M. Bonnes, M. Bonaiuto, T. Lee, *Teorie in pratica per la Psicologia Ambientale*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2004.
- M. Bonaiuto, E. Bilotta, F. Fornara, *Che cos'è la Psicologia Architettonica*, Carocci editore, Roma, 2004.
- G.H. Broadbent, J. Castex, N. Cross, M.P. Fimiani, Y. Firdman, C. Leroy, D. Mazzoleni, P. Panerai, H. Raymond, A.L. Rossi, M. Segaud, *Spazio e comportamento. Teoria dell'architettura; antropologia, sociologia, psicologia dello spazio*, Guida Editori, Napoli, 1974.
- G. Canguilhem, *Il normale e il patologico*, 1943 (ripubblicata e integrata nel 1966).
- D. Canter and S. Canter, *Designing for Therapeutic Environments: a Review of Research*, Chichester, New York, 1979.
- S. Capolongo, *Edilizia ospedaliera. Approcci metodologici e progettuali*, Editore Hoepli, Milano, 2006.
- S. Capolongo, M.L. Del Gatto, *Qualità e prestazioni delle strutture ospedaliere*, Maggioli Editore, 2017.
- I. Cavicchi, *Malati e governatori. Un libro rosso per il diritto alla salute*, Dedalo, Roma, 2006.
- C. Cellucci, M. Di Sivo, *F.A.A.D. city. Città Friendly, Active, Adaptive*, Pisa University Press, Pisa, 2018.
- M. Costa, *Psicologia ambientale e architettonica. Come l'ambiente e l'architettura influenzano la mente e il comportamento*, Franco Angeli Editore, Milano, 2009.
- S. M. De Marco, *Psicologia e Architettura: studio multidisciplinare dell'ambiente*, Aletti Editore, Villanova di Guidonia - Roma, 2014.
- N. Falcitelli, M. Trabucchi, F. Vanara (a cura di), *Rapporto Sanità 2000. L'Ospedale del futuro*, Editore Il Mulino, Bologna, 2000.

- V. Ferrara (a cura di), *Arte e Medicina: dalla Visione alla Diagnosi*, Editore Digilab Sapienza, Roma, 2016
- M. Foucault, *Nascita della clinica. Una archeologia dello sguardo medico*, Einaudi Editore, Torino, Nuova Edizione 1998
- I. Illich, *Nemesi medica. L'espropriazione della salute*, 1975 - ripubblicato da Red Edizioni, 2013.
- F. Iodice, *Caviltà e limite*, Lettera Ventidue, Siracusa, Maggio 2015.
- S. Marsicano (a cura di), *Abitare la cura. Riflessioni sull'architettura istituzionale*, Franco Angeli Editore, Milano, 2002.
- M. Mauri, R. Satolli, G. Candiani, A. Gullotti, S. Pagliani, *Guarire l'Ospedale*, Agenzia di editoria scientifica Zadig, Milano, 2010.
- A. Monsù Scolaro, G. Vannetti (a cura di), *I colori dell'umanizzazione*, Altralea Edizioni, Firenze, 2015.
- G. Perec, *Specie di spazi*, Bollati Boringhieri Editore, Torino, Undicesima ristampa, 2016.
- F. Rossi Prodi, A. Stocchetti, *L'architettura dell'ospedale*, Alinea editrice, 1990.
- M. Sambin, L. Marcato, *Percezione e Architettura*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 1999.
- E. Sanavio, C. Cornoldi, *Psicologia Clinica*, Editore Il Mulino, Bologna, Seconda edizione 2010.
- C. Schinaia, *Interno esterno. Sguardi psicoanalitici su architettura e urbanistica*. Alpes Italia, 2016.
- C. N. Schulz, *Intenzioni in architettura*, Officina edizioni, Roma, 1983.
- I. Simonelli, F. Simonelli, *Atlante concettuale della salutogenesi. Modelli e teorie di riferimento per generare salute*, Franco Angeli Editore, 2016.
- F. Terranova (a cura di), *Edilizia per la Sanità. Ospedali, presidi medici e ambulatoriali, strutture in regime residenziale*, UTET Scienze Tecniche, Torino, 2005.
- F. Tonucci, *La città dei bambini: un nuovo modo di pensare la città*, Editori Laterza, Roma, 2005.

ARTICOLI IN RIVISTA

- M. Bonaiuto, *La psicologia ambientale in Italia: evoluzione storica e prospettive di sviluppo*, in *Giornale italiano di psicologia*, n°1, marzo 2017.
- M. Bonnes, F. Fornara, M. Bonaiuto, *Psicologia ambientale e architettura per la progettazione dei luoghi di cura*, EdA Esempi di Architettura, 2008.
- D. Bosia, G. Darvo, *Le linee guida per l'umanizzazione degli spazi di cura*, in *TECHNE*, n°9, 2015.

- C. Catananti, *Nascita ed evoluzione dell'ospedale: dall'ospitalità alla organizzazione scientifica*, in *Tendenze Nuove*, n°4, Edizioni Il Mulino, 1999.
- C. Donati, *Polo Pediatrico Meyer: Ospedale Sostenibile a Firenze*, in *Modulo*, Aprile, 2006.
- C. Donati, *Polo Pediatrico Meyer*, in *Progettare per la Sanità*, Luglio-Agosto, 2006
- *Hospital & public health*, Rivista scientifica trimestrale di progettazione integrata, biomedicina, nanotecnologie, tecnica sanitaria, edilizia ospedaliera e scienza della salute, n°3 e n°4, 2013.
- M. Mauri, *Il futuro dell'ospedale e delle strutture del SSN*, in *TECHNE - Journal of Technology for Architecture and Environment, Architetture per la salute e la formazione*, Firenze University Press, 2015.
- I. Moya Diaz, M. Vagelli, *L'unità della filosofia di Georges Canguilhem. Dalla norma medica alla normatività storica*, in *Lessico di etica pubblica*, n°1, Cuneo, 2015.
- M. Mulazzani, *Abitare la collina. Ipostudio. Residenza sanitaria assistenziale a Montemurlo, Prato in Casabella*, n°803, 2011.
- A. Rauch, *Il Meyer di Firenze*, in *Abitare*, Marzo, 2007.
- E. Sabato, C. G. Leo, S. Sabina, *Integrazione ospedale – territorio*, in *Tendenze nuove*, Gennaio, 2015
- C. Vannicola, *La misura dei sensi*, in *Area*, n°60, 2018.
- G. Vissio, *La vita preferisce l'asimmetria. Ripensare la salute tra medicina e anti-medicina*, in *Lessico di etica pubblica*, n°1, Cuneo, 2015.

ARTICOLI CONSULTATI ON LINE

- AA.VV., *Speciale Architettura per la Salute: la progettazione consapevole degli spazi di cura*, in *Dynameis - Rassegna per l'architettura organica vivente*, n°2, 2016. URL <https://www.medicinaantroposofica.it/wp-content/uploads/2017/01/DYNAMEIS-numero-2.pdf> (Ultima consultazione 21/08/2018).
- R. Bocchi, *L'architettura come spazio mentale costruito*, postfazione a M.Fratta e M.Zambelli (a cura di) J. Pallasmaa, *Lampi di pensiero*, Pendragon, Bologna, 2011. (ultima consultazione 4/06/2018).
- G.Bruttomesso, P. Biscaro, *Gli ospedali del futuro*. URL http://www.fsk.it/attach/Content/Tendenzenuove/4871/o/33_2.pdf (ultima consultazione 20/06/2018)
- F. Colonnese, *Architettura terapeutica, Wayfinding e percorsi per i malati di Alzheimer*, URL https://www.academia.edu/2497991/2012._Architettura_terapeutica._Wayfinding_e_percorsi_per_i_malati_di_Alzheimer (ultima consultazione 20/06/2018).
- G. Dahlgren, M. Whitehead, *Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health*, *Institute for Futures Studies*, Stockholm, Sweden, 1991. URL <https://www.iffs.se/en/publications/working-papers/policies-and-strategies-to-promote-social-equity-in-health/> (ultima consultazione 20/06/2018).

- M. Di Pilato, R. Longo, C. Tortone, A. Pierò (a cura di) *Una Interpretazione Salutogenica della Carta di Ottawa*, ASL TO4 – Dipartimento di Salute Mentale, DoRS – Regione Piemonte (Centro Regionale di Documentazione per la Promozione della Salute). Sintesi e adattamento dell'articolo: M. Eriksson, B. Lindstrom, *A salutogenic interpretation of the Ottawa Charter*, in *Health Promotion International*, Marzo, 2008, Vol. 23, n°2. URL http://allegati.usl4.toscana.it/dl/20140422155503786/Salutogenesi_2008_Eriksson_Lindstrom.pdf (Ultima consultazione 14/12/2017).
- P. Garista, *Salutogenesi come diritto di apprendere e creare la salute*, URL https://www.academia.edu/7111824/Salutogenesi_come_diritto_di_imparare_e_creare_salute (Ultima consultazione il 20/12/2017).
- M. C. Torricelli, N. Setola, S. Borgianni, *How Architecture promote Right to Health in Hospital*, URL http://www.irbnet.de/daten/iconda/CIB_DC27545.pdf (Ultima consultazione 21/08/2018).
- U. Veronesi, *Accanto al malato fragile e indifeso*, in *Parliamone per capire*, Blog Magazine della Fondazione Umberto Veronesi. URL <https://www.fondazioneveronesi.it/magazine/i-blog-della-fondazione/umberto-veronesi/accanto-al-malato-fragile-e-indifeso> (Ultima consultazione 30/10/2017).

DOCUMENTI CONSULTATI ON LINE

- Agenda 2030 per lo Sviluppo Sostenibile, URL <https://www.unric.org/it/agenda-2030> (Ultima consultazione 25/06/2019).
- Constitution of the World Health Organization, URL https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf (Ultima consultazione 18/06/2019).
- Costituzione italiana, Parte I - Diritti e doveri dei cittadini, URL <http://www.governo.it/it/costituzione-italiana/parte-prima-diritti-e-doveri-dei-cittadini/2840> (Ultima consultazione 20/03/2019).
- Fase VI (2014-2018) della Rete Europea Città Sane OMS, *Richiesta ufficiale di manifestazione di interesse*, pagg. 2,3,4. URL http://www.retecittasane.it/news/Adesione_Fase_VI_OMS_traduzione_italiana.pdf (Ultima consultazione 11/12/2017).
- La Carta di Bangkok per la Promozione della Salute in un Mondo Globalizzato, URL https://www.dors.it/alleg/0204/Carta_Bangkok_2005_ita.pdf (Ultima consultazione 16/04/2019).
- La Carta di Ottawa per la Promozione della Salute, URL <https://www.aslnapoli1centro.it/documents/420534/447092/CartaOttawa.pdf> (Ultima consultazione 16/04/2019).
- La Dichiarazione di Shanghai, URL <https://www.dors.it/page.php?idarticolo=3088> (Ultima consultazione 18/06/2019).
- Le Raccomandazioni di Adelaide, URL <https://www.dors.it/page.php?idarticolo=2873> (Ultima consultazione 18/06/2019).
- Il Rapporto di Sundsvall sugli ambienti favorevoli alla salute, URL <http://>

www.promozionesalute.regione.lombardia.it/wps/wcm/connect/611acfa-ea56-4ad1-bc17-8014e7a7d120/Il+Rapporto+di+Sundsvall+sugli+ambienti+favorevoli+alla+salute+1991.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=611acfa-ea56-4ad1-bc17-8014e7a7d120 (Ultima consultazione 18/06/2019).

- Manifesto di Molfetta per una città resiliente, URL https://www.retecittasane.it/archivio-notizie/copy_of_ManifestodiMolfettaperunacittaresiliente.pdf (Ultima consultazione 20/06/2019).
- OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, *Italia: Profilo della sanità 2017, State of Health in the EU*, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels, 2017. URL https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/chp_it_italy.pdf (Ultima consultazione 05/03/2019).
- Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane, Istituto di Sanità Pubblica - Sezione di Igiene, *Le disuguaglianze in Italia*, URL <https://www.osservatoriosullasalute.it/news/le-disuguaglianze-di-salute-in-italia> (Ultima consultazione 03/08/2018). Patto per la Salute 2014/2016, URL http://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?menu=notizie&p=dalministero&id=1654 (Ultima consultazione 18/06/2019).

SITI WEB CONSULTATI

www.abitare.it

www.academia.edu

www.aeprogetti.net

www.alvaraalto.fi

www.archdaily.com

www.archilovers.com

www.archipelago.be

www.architectural-review.com

www.architecture-studio.fr

www.artribune.com

www.biblioteca.asmn.re.it

www.bininipartners.it

www.cspe.net

www.curareonlus.com

www.domusweb.it

www.dors.it

www.ec.europa.eu

www.epicentro.iss.it

www.factum-arte.com
www.flickr.com
www.fondazioneveronesi.it
www.ipostudio.it
www.lacittadeibambini.org
www.lr-a.eu
www.mcescher.com
www.museodiroma.it
www.osservatoriosullasalute.it
www.parishealthcareweek.com
www.pitturaomnia.com
www.public.tableau.com
www.quint-essenz.ch
www.retecittasane.it
www.salute.gov.it
www.statoregioni.it
www.tinker.nl
www.treccani.it
www.uia-phg.org
www.who.int

PARTE 2

VOLUMI

- G.C. Argan, *Progetto e destino*, Editore Il Saggiatore, Milano, 1965.
- E. Bellini, P. Bocci, R. Fossati, F. Spinelli, *Lo spazio terapeutico. Un metodo per il progetto di umanizzazione degli spazi ospedalieri*, Alinea Editrice, 1994.
- Binini Partners (a cura di), *L'ospedale nuovo. L'ospedale E. Franchini di Montecchio Emilia tra passato e futuro*, Monografia, 2009.
- S. Capolongo, *Architecture for flexibility in healthcare*, Franco Angeli, 2012.
- S. Capolongo, L. Daglio, I. Oberti, *Edificio, Salute, Ambiente: tecnologie sostenibili per l'igiene edilizia e ambientale*, Editore Hoepli, Milano, 2007.
- L. Caravaggi, C. Imbroglini, *Paesaggi socialmente utili. Accoglienza e assistenza come dispositivi di progetto e trasformazione urbana*, Quodlibet, Macerata, 2016.

- G. J. De La Fuente, *The Venice hospital project of Le Corbusier*, Houston Rise University, 1968.
- P. V. Dell'Aira, *Abitare insieme individualmente. Le nuove forme della residenza collettiva tra "urban villa" e aggregazione multipla*, Officina edizioni, Roma, 2013.
- R. Del Nord et al., *Architettura per l'Alzheimer, Linee guida per la progettazione. Primo Volume*, Edizioni Regione Toscana, Firenze, 2002.
- R. Del Nord et al., *Architettura per l'Alzheimer, Linee guida per la progettazione. Secondo Volume*, Edizioni Regione Toscana, Firenze, 2002.
- R. Del Nord, G. Peretti, *L'umanizzazione degli spazi di cura. Linee guida*, Esiti della ricerca condotta dal Ministero della Salute in convenzione con il Centro Interuniversitari di ricerca TESIS e il Politecnico di Torino, 2012.
- A. Greco, M. Morandotti (a cura di), *Edilizia ospedaliera: esperienze e approfondimenti per una progettazione consapevole*, Altralinea Edizioni, Firenze, 2015.
- P. Gregory, *Teorie di architettura contemporanea. Percorsi del postmodernismo*, Carocci Editore, Roma, 2012.
- Ian+ (a cura di), *Modelli*, Casa Editrice Libria, Melfi, 2010.
- F. Lega, M. Mauri, A. Prenestini, *L'ospedale tra presente e futuro. Analisi, diagnosi e linee di cambiamento per il sistema ospedaliero italiano*, Egea Edizioni, Milano, 2009.
- J. I. Linazasoro, *La memoria dell'ordine. Paradossi dell'architettura moderna*, Lettera Ventidue, Siracusa, Aprile 2015.
- H. F. Mallgrave, *L'empatia degli spazi. Architettura e neuroscienze*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2015.
- F. Meoli, *Innovazione organizzativa e tipologica per l'ospedale. Nuove proposte distributive*, Gangemi Editore, Roma, 2015.
- L. Molinari, *Le case che siamo*, Edizioni nottetempo, Roma, 2016
- M.L. Palumbo, *Paesaggi sensibili. Architetture a sostegno della vita*, :duepunti edizioni, Palermo, 2012.
- Regione Lombardia con Pessina Costruzioni, *Nuovo ospedale di Vimercate*, Monografia.
- R. Secchi, *L'Architettura dal principio verità al principio responsabilità*, Officina edizioni, Roma, 2017.
- N. Setola, *Percorsi, flussi e persone nella progettazione ospedaliera. L'analisi configurazionale, teoria e applicazione*, Firenze University Press, 2013.
- F. Terranova (a cura di), *Edilizia per la Sanità. Ospedali, presidi medici e ambulatoriali, strutture in regime residenziale*, UTET scienze tecniche, Torino, 2005.
- N. Trasi, *Introduzione al progetto di architettura. Didattica e ricerca*, Kappa

edizioni, 2012.

- S. Verderber. *Innovations in Hospital Architecture*, Taylor & Francis Ltd, 2010.
- A. Wogenskj, *Per un'architettura attiva*, Ellegi edizioni, 1° edizione 1973.
- P. Zermani, *Architettura: luogo, tempo, terra, luce, silenzio*, Mondadori Electa, Milano, 2015.
- B. Zevi, *Saper vedere l'architettura. Saggio sull'interpretazione spaziale in Architettura*, Giulio Einaudi Editore s.p.a., Torino, 2009.
- P. Zumthor, *Pensare architettura*, Mondadori electa, Milano, 2015.

ARTICOLI IN RIVISTA

- E. Alfonsi, S. Capolongo, M. Buffoli, *Evidence Based Design and healthcare: an unconventional approach to hospital design*, in *Annali di igiene: medicina preventiva e di comunità*, Aprile, 2014.
- M. Carabillò, *Un ospedale nel verde*, in *Progettare per la Sanità*, Ottobre 2015.
- C. Catananti, *Nascita ed evoluzione dell'ospedale: dall'ospitalità alla organizzazione scientifica*, in *Tendenze Nuove*, n°4, Edizioni Il Mulino, 1999.
- R. Del Nord, D. Marino, G. Peretti, *L'umanizzazione degli spazi di cura: una ricerca svolta per il Ministero della Salute italiano*, in *TECHNE*, n°9, 2015.
- T. Ghisellini, *La misura delle cose. Equilibrio, appropriatezza e poetica della necessità*, in *Architetti. Progetto e immagine digitale*, Maggioli Editore, Rimini, n°55, 2013.
- Modus Architects, *Centro Di Riabilitazione Psichiatrica, Bolzano /Italia*, in *The Plan* n°089, Aprile, 2016.
- E. Montacchini, S. Tedesco, *Indagini sul campo per l'umanizzazione di strutture ospedaliere: strumenti e casi studio*, in *TECHNE*, n°9, 2015.
- M. Losasso, *Ricerca tecnologica e architetture dei servizi per la sanità e la formazione*, in *TECHNE*, n°9, 2015.
- A. Rigolon, *People-centered architecture. Un'architettura per e con le persone*, in *Ricerche e progetti per il territorio, la città e l'architettura*, rivista del DAPT - Dipartimento di architettura e pianificazione territoriale dell'università di Bologna, n°2, giugno 2011.
- E. Sabato, C. G. Leo, S. Sabina, *Integrazione ospedale – territorio*, in *Tendenze nuove*, Gennaio, 2015.
- N. Setola, *Qualità dello spazio e diritto alla salute. Una ricerca interdisciplinare nei presidi ospedalieri*, in *TECHNE*, n°7, 2014.
- M. Trabucchi, *Outcome e qualità nell'ospedale*, in N. Falcitelli, M. Trabucchi, F. Vanara (a cura di), *Rapporto Sanità 2000. L'Ospedale del futuro*, Editore Il Mulino, Bologna, 2000

- G. Vittadini, M. Sanarico, C. Rossi, *Recenti sviluppi nella metodologia statistica per la valutazione dell'efficacia degli ospedali*, in *STATISTICA*, LXIII, 2003.

ARTICOLI CONSULTATI ON LINE

- M. Keswick Jencks, *A view from the front line*, Londra, 1995, URL www.maggiescenters.org, (Ultima consultazione 25/06/2019).
- C. Palermo, A. Brescia, C. Rivetti, *Le moderne reti assistenziali: la centralità dei bisogni e l'integrazione del nuovo ospedale sul territorio*, documento congressuale, 23° Congresso nazionale dell'Anao Assomed (Associazione Medici e Dirigenti del SSN), Giugno, 2014. URL <http://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato6319060.pdf> (Ultima consultazione 10/05/2019).
- M. Tombesi, *Medicina basata sulle prove di efficacia*, Enciclopedia della Scienza e della Tecnica, 2007. URL http://www.treccani.it/enciclopedia/medicina-basata-sulle-prove-di-efficacia_%28Enciclopedia-della-Scienza-e-della-Tecnica%29/ (Ultima consultazione 20/06/2019)
- R. Ulrich, *View Through a Window May Influence Recovery from Surgery*, Science, New York, 1984. URL https://www.researchgate.net/publication/17043718_View_Through_a_Window_May_Influence_Recovery_from_Surgery (Ultima consultazione 11/03/2019).

DOCUMENTI CONSULTATI ON LINE

- DECRETO LEGISLATIVO 30 dicembre 1992, n. 502. *Riordino della disciplina in materia sanitaria*, a norma dell'articolo 1 della L. 23 ottobre 1992, n. 421, URL <http://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/dettaglioAtto?id=13209&completo=true> (Ultima consultazione 07/02/2019).
- Decreto del Commissario ad Acta (delibera del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010) n.U0008 del 10/02/2011, *Requisiti minimi autorizzativi per l'esercizio delle attività sanitarie e socio-sanitarie*, URL http://www.regione.lazio.it/rl_sanita/?vw=contenutiDettaglio&id=75 (Ultima consultazione 15/06/2018).
- Disposizioni in materia di autorizzazione a modifica ed integrazione del DCA 8/2011, *Requisiti minimi autorizzativi per l'esercizio delle attività sanitarie e socio-sanitarie*, URL http://www.regione.lazio.it/rl_sanita/?vw=contenutiDettaglio&id=75 (Ultima consultazione 15/06/2018).
- D.P.R. 14/01/1997, *Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private*, URL http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_normativa_1163_allegato.pdf (Ultima consultazione 07/02/2019).

SITI WEB CONSULTATI

www.aanao.it

www.academycasemanagement.org
www.aeprogetti.net
www.agenas.gov.it
www.arbau.org
www.archdaily.com
www.archinect.com
www.archipelago.be
www.arthitectural.com
www.architectural-review.com
www.architecture-studio.fr
www.arketipomagazine.it
www.baumschlager-eberle.com
www.bininipartners.it
www.carenacostruzioni.com
www.centrosoranzo.it/
www.cfmoller.com
www.cmsa.it
www.consorziointegra.it
www.cspe.net
www.curareonlus.com
www.domusweb.it
www.ec.europa.eu
www.ediliziaeterritorio.ilsole24ore.com
www.ethanmarcotte.com
www.futureunicampus.it
www.fondationlecorbusier.fr
www.google.it
www.healtharchitecture.wikifoundry.com
www.healthdesign.org
www.ilgiornaledellarchitettura.com
www.inarconsulting.com
www.infobuildenergia.it
www.ldaimda.com
www.loc.gov

www.maggiescentres.org
www.madindesign.com
www.modusarchitects.com
www.momarch.it
www.northernarchitecture.us/
www.ordinearchitetti.mi.it
www.policreo.it
www.promozioneacciaio.it
www.rafaeldelahoz.com
www.rpbw.com
www.salute.gov
www.sdabocconi.it
www.spazidellafollia.eu
www.steam.it
www.stefanoberiararchitetti.net
www.stevenholl.com
www.theplan.it

FONTI DELLE ILLUSTRAZIONI

CAPITOLO 1

1. M. C. Escher, *Swans*, incisione xilografica, 1956, dimensioni 319mm x 199mm.
© <https://www.mcescher.com/>
2. M. C. Escher, *Bond of union*, Litografia, 1956, dimensioni 339mm x 253mm.
© <https://www.mcescher.com/>
3. Arcispedale S. Maria Nuova, Reggio Emilia. Scene di vita quotidiana all'interno di una camera di degenza, 1963.
© Stanislao Farri, Fototeca Panizzi, <http://biblioteca.asmn.re.it>
4. Ospedale Pammatone, Genova. Vista di una corsia interna dell'edificio ospedaliero.
© La Repubblica, <https://genova.repubblica.it/cronaca/2010/11/03/foto/pammatone-8711491/8/>
5. Rappresentazione dell'interazione uomo-ambiente secondo Olgyay nelle tre sfere del micro, meso e macro ambiente.
© C. Cellucci, M. Di Sivo, *F.A.A.D. city. Città Friendly, Active, Adaptive*, Pisa University Press, Pisa, 2018. Rielaborazione dell'autore.
- 5a. Rappresentazione dei fattori che influiscono sulla salute di un soggetto.
© C. Cellucci, M. Di Sivo, *F.A.A.D. city. Città Friendly, Active, Adaptive*, Pisa University Press, Pisa, 2018. Rielaborazione dell'autore.
6. Obiettivi per lo Sviluppo Sostenibile individuati nella risoluzione ONU e adottata dai governi dei paesi membri delle Nazioni Unite.
© Ministero della Salute, <http://www.salute.gov.it/portale/rapporitiInternazionali/dettaglioContenutiRapportiInternazionali.jsp?lingua=italiano&id=4892&area=rapporiti&menu=unite>
7. Schema dei quattro ambiti prioritari definiti dal documento 'SALUTE 2020. Un modello di politica europea a sostegno di un'azione trasversale al governo e alla società a favore della salute e del benessere'.
© Ministero della Salute, Centro Regionale di Documentazione per la Promozione della Salute, Grugliasco, <http://www.salute.gov.it>
Elaborazione grafica dell'autore.
8. La salute nel fiume della vita secondo la teoria della Salutogenesi.
© M. Di Pilato, R. Longo, C. Tortone, A. Pierò (a cura di), *Una Interpretazione Salutogenica della Carta di Ottawa*, ASL TO4 – Dipartimento di Salute Mentale, DoRS – Regione Piemonte (Centro Regionale di Documentazione per la Promozione della Salute). Sintesi e adattamento dell'articolo: M. Eriksson, B.Lindstrom, *A salutogenic interpretation of the Ottawa Charter*, «Health Promotion International», Vol. 23, Marzo 2008. http://allegati.usl4.toscana.it/dl/20140422155503786/Salutogenesi_2008_Eriksson_Lindstrom.pdf
9. I determinanti della salute.
© G. Dahlgren, M. Whitehead, *Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health*, Institute for Futures Studies, Stockholm (Svezia), 1991.
10. Percentuali di influenza dei fattori determinanti la salute.
© The Institute for the Future, *HEALTH AND HEALTH CARE 2010 The Forecast, The Challenge*, Editore Jossey-Bass, San Francisco (USA), Gennaio 2003.
11. Shanghai, vista dall'alto del centro città.
© <https://www.istockphoto.com/it>
12. A. Aalto, Villa Mairea, Planimetria generale (disegno originale).

© Alvar Aalto Museum Archives, <http://mairea.alvaraalto.fi/en/24.htm>

13. Maire e Aino Aalto a Villa Mairea.

© Gustaf Welin, Alvar Aalto Museum, http://mairea.alvaraalto.fi/img/43_84-004-298.jpg

14. A. Aalto, Sanatorio di Paimio, 1933. Vista dello stato attuale del fronte di accesso principale.

© Maija Holma, Alvar Aalto Museum URL, <https://www.alvaraalto.fi/en/architecture/paimio-sanatorium/>

15. A. Aalto, Sanatorio di Paimio, 1933. Vista interna della sala riunioni interamente arredata con la sedia Paimio progettata direttamente da Aalto per il sanatorio.

© Gustaf Welin, Alvar Aalto Museum, <https://www.alvaraalto.fi/en/architecture/paimio-sanatorium/>

16. A. Aalto, Sanatorio di Paimio, 1933. Planimetria generale dell'edificio principale alla quota urbana.

© www.architectural-review.com

17. Locandina ufficiale dell'evento "Architettura Città e Salute. Promuovere oggi la salute nella città e negli ambienti di vita" svoltosi a Roma il 06/10/2016.

18. Intervento del Professore Stefano Capolongo alla Casa dell'Architettura di Roma (ex Acquario Romano) nell'ambito del convegno nazionale "Architettura Città e Salute. Promuovere oggi la salute nella città e negli ambienti di vita", organizzato dal Dipartimento Progetto Sostenibile ed Efficienza Energetica (DiPSE), Ordine degli Architetti di Roma in collaborazione con il Politecnico di Milano e con La Sapienza Università di Roma. Roma, 06/10/2017.

© Ordine degli Architetti di Roma

19. Gustav Klimt, *Medicina*, 1907 (distrutto). Riproduzione a colori sulla base degli schizzi preparatori dell'artista e di alcune immagini in bianco e nero sopravvissute all'incendio del 1945.

© www.factum-arte.com

20. Gustav Klimt, *Filosofia*, 1899-1907 (distrutto).

© www.artdreamguide.com

21. Gustav Klimt, *Giurisprudenza*, 1903-1907 (distrutto).

© www.artdreamguide.com

22. Fasi preparatorie per il lavoro di ricostruzione del dipinto.

© www.factum-arte.com

23, 24. Un componente del team di FACTUM arte durante le fasi di lavorazione.

© www.factum-arte.com

CAPITOLO 2

1. Josef Forster, *Uomo senza gravità*, Prinzhorn Collection, ca. 1916-1921.

© Prinzhorn Collection, Artribune, <https://www.artribune.com/attualita/2015/03/inchiesta-art-brut-intervista-con-thomas-roske/>

2. Vista della corsia Sistina nel dipinto di Pierre Subleyras *San Camillo de Lellis mette in salvo gli ammalati dell'Ospedale Santo Spirito durante l'inondazione del Tevere del 1598*, 1746.

© <http://www.museodiroma.it/it/opera/san-camillo-de-lellis-mette-salvo-gli-ammalati-ll%E2%80%99ospedale-santo-spirito-durante-l>

3. Modello progettuale Piano-Veronesi, 2000. Schizzo di Renzo Piano relativo al tipo di sistema organizzativo delle funzioni interne al nuovo modello di ospedale.

© Ministero della Salute, http://www.lr-a.eu/pages/archi_h/hmodello/hmodello_1.htm

4. Renzo Piano Building Workshop, Hospice pediatrico, Bologna, (in corso di realizzazione). Plastico di studio.
© <http://www.abitare.it/gallery/architettura/progetti/renzo-piano-hospice-bologna-gallery/?foto=21>
5. Renzo Piano Building Workshop, Hospice pediatrico, Bologna, (in corso di realizzazione). Render di progetto.
© <http://www.abitare.it/gallery/architettura/progetti/renzo-piano-hospice-bologna-gallery/?foto=21>
6. Renzo Piano Building Workshop, Hospice pediatrico, Bologna, (in corso di realizzazione). Pianta del piano rialzato.
© <http://www.abitare.it/gallery/architettura/progetti/renzo-piano-hospice-bologna-gallery/?foto=19#gallery>
- 7, 8. Il 'Villaggio degli architetti' alla *Paris Healthcare week*, 2018.
© <https://www.parishealthcareweek.com/en/visit/galerie-photos-2018/>
9. S. Capolongo, A. Brambilla, Alta Scuola Politecnica, *OPEN BUILDING: Open Building for Future Healthcare Environments*. Schemi presentati alla *Paris Healthcare Week 2018*.
10. Architecture studio, Render di progetto del Centro ospedaliero universitario a Pointe-à-Pitre, Guadalupe (Francia). Completamento previsto 2021
© http://www.architecture-studio.fr/data/projet/projet_fiche/330/xlarge_abm1_architecture-studio_morph_1hd_vignette_6d85b.jpg
11. Studio archipelago, Leuven University Hospital (Belgio), in corso di completamento. Vista del Campus ospedaliero di Gasthuisberg.
© www.archipelago.be
- 12,13. Studio archipelago, Leuven University Hospital (Belgio), in corso di completamento. Viste degli spazi pubblici interni al complesso sanitario.
© www.archipelago.be
14. Studio archipelago, Maas & Kempen Hospital, Maaseik (Belgio), 2017. Vista dello spazio attrezzato esterno.
© www.archipelago.be
15. Studio archipelago, Maas & Kempen Hospital, Maaseik (Belgio), 2017. Planimetria generale.
© www.archipelago.be

CAPITOLO 3

1. *Fuente de los ninos*, Pontevedra, Spagna.
© Flickr, https://farm9.static.flickr.com/8392/29024112042_abf5128daf_b.jpg
2. Tinker imagineers, Ospedale pediatrico Juliana Children. L'Aia, (Paesi Bassi), 2015. Vista dell'atrio di ingresso.
© Tinker imagineers, <https://www.tinker.nl/en/work/experience-juliana-childrens-hospital>
3. Davanzo Architetti, Centro diurno per utenti affetti da morbo di Alzheimer, Castelfranco Veneto. Treviso, 2016. Vista dalla corte interna dello spazio per attività di riabilitazione.
© A. Chemollo, Domus web, <https://www.domusweb.it/it/architettura/2018/04/26/castelfranco-veneto-una-casa-per-i-malati-di-alzheimer.html>
4. Óscar Miguel Ares Álvarez, Residenze per anziani, Valladolid (Spagna), 2016. Vista sulla corte interna.
© Jesús J. Ruiz Alonso, Pedro Iván Ramos Martín, <https://www.archdaily.com/800971/residencia-personas-mayores-scar-miguel-ares-alvarez>

5. Mappa del territorio italiano relativa alla difficoltà di accesso ai servizi di carattere sanitario (Asl, medico di famiglia) per le persone con più di 64 anni.
© Epicentro - Il portale dell'epidemiologia per la sanità pubblica a cura del Centro nazionale per la prevenzione delle malattie e la promozione della salute dell'Istituto Superiore di Sanità, 'Progetto Passi d'Argento', <https://www.epicentro.iss.it/passi-argento/rapporto2013/servizi>
6. Dati relativi alla 'spesa sanitaria pubblica per abitante' e 'spesa sanitaria privata per famiglia suddivisi per regioni italiane', anno di riferimento 2016.
© OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2017), *Italia: Profilo della sanità 2017, State of Health in the EU*, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels, (Belgio), https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/chp_it_italy.pdf
7. Mappa e dati relativi all'indicatore 'speranza di vita alla nascita' suddivisi per regioni italiane, anno di riferimento 2016.
© Istat, <https://public.tableau.com/profile/istat.istituto.nazionale.di.statistica#!/vizhome/BES2017/Indicatoriperregione>
8. Grafico relativo alla 'spesa sanitaria complessiva pro capite' suddivisa per le nazioni europee, anno di riferimento 2015.
© OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2017), *Italia: Profilo della sanità 2017, State of Health in the EU*, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels, (Belgio), URL https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/chp_it_italy.pdf
9. La compresenza delle tre qualità (percettiva, funzionale ed edilizia) contribuisce al raggiungimento di un alto livello di efficienza organizzativa e di un adeguato grado di umanizzazione degli spazi sanitari.
© S. Capolongo, *Edilizia ospedaliera. Approcci metodologici e progettuali*, Editore Hoepli, Milano, 2006, pag.141.
10. Studio CSPE, Ospedale pediatrico Meyer, Firenze, 2006. Vista dell'atrio bioclimatico centrale.
© Piero Viti, https://img.archilovers.com/projects/b_730_f8b0efb8-f226-4e5d-b43f-8c96f87ee9dd.jpg
11. Studio CSPE, Ospedale pediatrico Meyer, Firenze, 2006. Vista del complesso ospedaliero.
© Studio CSPE, http://www.cspe.net/web/progetti_scheda.php?valo=i_34_21#
12. Studio CSPE, Ospedale pediatrico Meyer, Firenze, 2006. Sezione trasversale con indicazione del funzionamento bioclimatico e planimetria generale.
© Studio aei progetti, <https://aeiprogetti.net/progetti/sanita/nuova-sede-del-polo-pediatico-meyer-firenze>, <https://www.area-arch.it/wp-content/uploads/sites/6/2016/08/38-pianta.jpg>
13. Studio CSPE, Ospedale pediatrico Meyer, Firenze, 2006. Vista dei camminamenti vetrati e della corte centrale.
© Studio CSPE. http://www.cspe.net/web/progetti_scheda.php?valo=i_34_21#
14. Studio CSPE, Ospedale pediatrico Meyer, Firenze, 2006. Vista della relazione con la preesistenza e delle corti interne verdi.
© Studio aei progetti, <https://aeiprogetti.net/progetti/sanita/nuova-sede-del-polo-pediatico-meyer-firenze>
15. Studio CSPE, Ospedale pediatrico Meyer, Firenze, 2006. Analisi e schematizzazione di una camera di degenza tipo.
Elaborazione grafica dell'autore.
16. Studio Binini Partners, Centro Oncologico ed ematologico di Reggio Emilia - CORE,

2010. Vista in primo piano del CORE e del complesso dell'Arcispedale di Santa Maria Nuova.
© Binini Partners, <https://www.bininipartners.it/progetti/core-centro-onco-ematologico-irccs/>
- 17.** Studio Binini Partners, Centro Oncologico ed ematologico di Reggio Emilia - CORE, 2010. Vista del fronte principale.
© Binini Partners, <https://www.bininipartners.it/progetti/core-centro-onco-ematologico-irccs/>
- 18.** Studio Binini Partners, Centro Oncologico ed ematologico di Reggio Emilia - CORE, 2010. Planimetria piano terra.
© Binini Partners, *CORE. Centro Oncologico ed ematologico Reggio Emilia*, The Plan Edition, Bologna, 2016, pag.97.
- 19, 20. Studio Binini Partners, Centro Oncologico ed ematologico di Reggio Emilia - CORE, 2010. Viste di dettaglio dei rapporti materici di facciata.
© Binini Partners, <https://www.bininipartners.it/progetti/core-centro-onco-ematologico-irccs/>
- 21.** Studio Binini Partners, Centro Oncologico ed ematologico di Reggio Emilia - CORE, 2010. Analisi e schematizzazione dello spazio d'ingresso
Elaborazione grafica dell'autore
- 22.** Studio Binini Partners, Centro Oncologico ed ematologico di Reggio Emilia - CORE, 2010. Vista dell'ingresso principale.
© Binini Partners, <https://www.bininipartners.it/progetti/core-centro-onco-ematologico-irccs/>
- 23.** Studio Binini Partners, Centro Oncologico ed ematologico di Reggio Emilia - CORE, 2010. Vista della copertura con il sistema degli impianti tecnologici.
© Binini Partners, <https://www.bininipartners.it/progetti/core-centro-onco-ematologico-irccs/>
- 24.** Studio Binini Partners, nuovo ospedale Materno Infantile Reggio Emilia - MIRE, 2014 - in corso. Vista dell'edificio e del complesso ospedaliero dell'Arcispedale Santa Maria Nuova
© <https://www.curareonlus.com/il-mire?lightbox=datattem-iwm5h0ot>
- 25.** Ipostudio Architetti, Residenza Sanitaria Assistita, Montemurlo- Prato, 2011. Vista del prospetto principale verso la città.
© aei progetti, <https://aeiprogetti.net/concorsi/rsa-montemurlo>
- 26.** Ipostudio Architetti, Residenza Sanitaria Assistita, Montemurlo (PO), 2011. Schizzo di studio del prospetto principale.
© aei progetti, <https://aeiprogetti.net/concorsi/rsa-montemurlo>
- 27, 28.** Ipostudio Architetti, Residenza Sanitaria Assistita, Montemurlo (PO), 2011. Pianta tipo e prospetti principali
© aei progetti, <https://aeiprogetti.net/progetti/sanita/residenza-sanitaria-assistita-montemurlo>
- 29.** Ipostudio Architetti, Residenza Sanitaria Assistita, Montemurlo (PO), 2011. Vista delle strutture preesistenti e dei nuovi volumi vetriati d'ingresso.
© Ipostudio, http://www.ipostudio.it/portfolio_item/2011-rsa-montemurlo/
- 30.** Ipostudio Architetti, Residenza Sanitaria Assistita, Montemurlo (PO), 2011. Doppia altezza interna di collegamento con gli ambienti ipogei.
© Ipostudio, http://www.ipostudio.it/portfolio_item/2011-rsa-montemurlo/

CAPITOLO 4

1,2. Peter Zumthor, Cappella di Bruder Klaus, Colonia, (Germania), 2007. Vista dello spazio interno e del contesto esterno.

© Aldo Amoretti, Courtesy of Atelier Peter Zumthor and Partner, <https://www.archdaily.com/798340/peter-zumthors-bruder-klaus-field-chapel-through-the-lens-of-aldo-amoretti/58136a43e58ece678a000188-peter-zumthors-bruder-klaus-field-chapel-through-the-lens-of-aldo-amoretti-photo>

3. W. E. Hill, *La moglie e la suocera*, in *Puck*, 1915. Figura ambivalente basata sul principio percettivo della relazione tra figura e sfondo.

© Library of Congress, USA, <https://www.loc.gov/pictures/item/2010652001/>

4. A. Aalto, Saynatsalo Town Hall, Saynatsalo (Finlandia), 1951. Vista di un percorso interno in cui pavimentazione, pareti e soffitti seguono un principio di continuità formale che ne rende difficile l'immediata individuazione.

© domusweb, <https://loves.domusweb.it/20-alvar-aaltos-projects/>

5. Ospedale Colletta di Arenzano, Genova 1980. Vista d'insieme.

© Carena - *Costruzioni e progetti dal Millenovecento ad oggi*, monografia, <http://www.carenacostruzioni.com>

6. Studio EFFEKT, centro oncologico ambulatoriale *Livsrøm*, Copenhagen (Danimarca), 2013.

© <https://www.archdaily.com/464296/livsrøm-cancer-counseling-center-effekt>

7. Arbau Studio, centro socio sanitario *Soranzo*, Tesserà (VE), 2015. Vista sull'ingresso di un padiglione.

© Colin Dutton, https://www.theplan.it/project_shortlist/207

8. Arbau Studio, centro socio sanitario *Soranzo*, Tesserà (VE), 2015. Vista di una camera doppia.

© <http://www.centrosoranzo.it/img/ricettivita-002.jpg>

9. Dati relativi alla 'percentuale di utenti insoddisfatti dei servizi sanitari erogati' suddivisi per fascia di reddito (anno di riferimento 2015).

© OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2017), *Italia: Profilo della sanità 2017, State of Health in the EU*, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels, (Belgio), https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/chp_it_italy.pdf

10. Schematizzazione delle differenti tipologie di servizi sanitari presenti sul territorio italiano.

© Fondazione Umberto Veronesi, *Costruiamo l'ospedale. Architettura, principi e soluzioni*, Agenzia di editoria scientifica Zadig, Milano, 2011.

11. Configurazione di un ospedale con con asse di attraversamento centrale.

© S. Verderber, *Innovations in Hospital Architecture*, Taylor & Francis Ltd, 2010, pag.239.

12. Schematizzazione di un intervento di completamento di un complesso sanitaria.

© S. Verderber, *Innovations in Hospital Architecture*, Taylor & Francis Ltd, 2010, pag.23

13. Ospedale Lariboisiere, Parigi 1838. Pianta alla quota urbana.

© <http://healtharchitecture.wikifoundry.com/page/Waiting+Rooms+in+Healthcare+Facilities>

14. Manicomio di S.Maria della Pietà. Planimetria generale del complesso psichiatrico.

© E. Negri, S. Chiera, *Il Manicomio Provinciale di Roma. Ricordo della posa della prima pietra*, Roma, 1909, tavola II, <http://www.spazidellafollia.eu/it/fotografie/Ospedale%20psichiatrico%20Santa%20Maria%20della%20Piet%C3%A0%20di%20Roma>

15. Ospedale Huriez, Lilla 1935. Planimetria generale.

© P. Swynghedauw, C. Huriez, *L'hôpital régional de Lille – Centre hospitalier universitaire de la région du Nord*, in *Techniques hospitalières et sociales*, 1959, pag. 20, <https://journals.openedition.org/insitu/1903>

16. Bellevue Hospital replacement Facility, New York, 1964-66.

© F. Terranova (a cura di), *Edilizia per la Sanità. Ospedali, presidi medici e ambulatoriali, strutture in regime residenziale*, UTET scienze tecniche, Torino, 2005. pag. 97.

17. Ospedale San Carlo Borromeo, milano, 1966.

© http://www.ordinearchitetti.mi.it/media/cache/arch_img_big/media/resize/copy/150/2012-11-29-16-08-37-04.jpg

18. Ospedale di Cattinara, Trieste, 1965

© http://www.semeranietamaro.it/immagini/Progetti/Edilizia%20Sociale/Catinara/Catinara01_R.jpg

19. Le Corbusier, Progetto per l'ospedale di Venezia, 1964. Planimetria generale.

© Fondazione Le Corbusier, FLC / ADAGP, http://www.fondationlecorbusier.fr/corbuweb/morpheus.aspx?sysId=13&IrisObjectId=5784&sysLanguage=en-en&itemPos=54&itemSort=en-en_sort_string1%20&itemCount=215&sysParentName=&sysParentId=65

20. Studio CSPE, Ospedali Riuniti della Valdichiana, Montepulciano, Siena. 1993 - 2000.

© http://www.cspe.net/web/progetti_scheda.php?valo=i_15_31#

21. Studio laN Plus, Ospedale del Mare, Napoli, 2016. Padiglione d'accesso e sistemi di risalita.

© Mario Ferrara, The Plan, <https://www.theplan.it/webzine/architettura-italiana/ingresso-ospedale-del-mare-a-napoli>

22. Studio laN Plus, Ospedale del Mare, Napoli, 2016. esploso assonometrico del padiglione di accesso e dei sistemi di distribuzione verticale e orizzontale.

© Studio laN Plus, <https://www.theplan.it/webzine/architettura-italiana/ingresso-ospedale-del-mare-a-napoli>

23. CSPE Studio, Ipostudio, AEI progetti, Pensilina d'ingresso al centro multizonale dell'Azienda Sanitaria dell'ospedale di Careggi, Firenze. 2010

© Pietro Savorelli, aei progetti, <https://aeiprogetti.net/progetti/edifici-polifunzionali/centro-direzionale-multizonale-di-careggi-firenze>

24. CSPE Studio, Ipostudio, AEI progetti, Pensilina d'ingresso al centro multizonale dell'Azienda Sanitaria dell'ospedale di Careggi, Firenze. 2010. Prospetto principale.

© aei progetti, <https://aeiprogetti.net/progetti/edifici-polifunzionali/centro-direzionale-multizonale-di-careggi-firenze>

25. Studio Aymeric Zublena SCAU, Tecnarch, Studio Monaco Martini, Studio Traversi, Ospedale Papa Giovanni XXIII di Bergamo, 2013. Planimetria del piano terra e indicazioni funzionali.

© Arketipo magazine, <https://www.arketipomagazine.it/ospedale-giovanni-xxiii-progettisti-associati-tecnarc/>

26. Le fasi principali di un approccio basato sull'Evidence-based design.

© <http://www.academycasemanagement.org/wp-content/uploads/2016/10/integrating-ux-and-evidencebased-approaches-to-design-effective-youth-mental-health-services-9-638.jpg>

27. Schematizzazione dell'intero processo EBD.

© https://www.healthdesign.org/sites/default/files/FINAL-CHD474_EDAC_SG2_Ch2_EBD%20Process%203.pdf

28. Baumschlager Eberle Architekten, AZ Groeninge hospital, Kortrijk, (Belgio). 2004/16.

© https://www.baumschlager-eberle.com/fileadmin/_processed_/2/1/csm_bea-projekt-kortrijk-krankenhaus-az-groeninge-gesundheit-galerie-1_8a4c6af361.jpg

- 29.** Brunet Saunier, Centro ospedaliero Marne la Vallée, Jossigny (Francia), 2012.
© 11h45, <https://www.archdaily.com/783379/centre-hospitalier-de-marne-la-vallee-77-france-brunet-saunier/56de3718e58ece683d00008a-centre-hospitalier-de-marne-la-vallee-77-france-brunet-saunier-photo>
- 30.** EGM architecten, Ospedale Jeroen Bosch, Dordrecht, (Olanda), 2010.
© EGM architecten, <https://www.archdaily.com/246400/jeroen-bosch-hospital-egm-architecten/50189da228ba0d5d5d000064-jeroen-bosch-hospital-egm-architecten-photo>
- 31.** C. F. Moller, Akershus University Hospital, Oslo (Norvegia), 2009.
© Torben Eskerod, <https://www.archdaily.com/36473/akershus-university-hospital-c-f-m%25c3%25b8ller-architects/501179fe28ba0d7042000c30-akershus-university-hospital-c-f-m%25c3%25b8ller-architects-photo>
- 32.** Luis Vidal + architects, New Álvaro Cunqueiro Hospital, Pontevedra (Spagna), 2015.
© Eduardo Irago, https://eduardoirago.files.wordpress.com/2014/09/mg_1415.jpg
- 33.** Rafael de La-Hoz, Ospedale Rey Juan Carlos, Madrid (Spagna), 2015.
© Alfonso Quiroga, <https://www.archdaily.com/238728/rey-juan-carlos-hospital-rafael-de-la-hoz/5018300b28ba0d48240009ec-rey-juan-carlos-hospital-rafael-de-la-hoz-photo>
- 34.** Baumschlager Eberle Architekten, Kortrijk, AZ Groeninge hospital (Belgio). 2004/16. Vista del fronte principale e della corte di accesso.
© Baumschlager Eberle Architekten, <https://www.baumschlager-eberle.com/en/work/projects/translate-to-english-projekte-details/az-groeninge-hospital/>
- 35.** Baumschlager Eberle Architekten, AZ Groeninge hospital, Kortrijk (Belgio). 2004/16. Planimetria generale.
© <https://www.architectural-review.com/today/az-groeninge-hospital-by-baumschlager-eberle/8629514.article>
- 36.** Baumschlager Eberle Architekten, AZ Groeninge hospital, Kortrijk (Belgio). 2004/16. Vista interna degli spazi d'attesa.
© Werner Huthmacher, <https://www.arthitectural.com/baumschlager-eberle-hospital-az-groeninge/hospital-az-groeninge-4/>
- 37.** Baumschlager Eberle Architekten, AZ Groeninge hospital, Kortrijk (Belgio). 2004/16. Vista interna.
© https://www.sika.com/content/corp/main/en/solutions_products/project-references/institutions/health-hospitals/groeninge-hospital.html
- 38.** Brunet Saunier, Centro ospedaliero Marne la Vallée, Jossigny (Francia), 2012. Vista esterna
©11H45, <https://www.archdaily.com/783379/centre-hospitalier-de-marne-la-vallee-77-france-brunet-saunier>
- 39.** Brunet Saunier, Centro ospedaliero Marne la Vallée, Jossigny (Francia), 2012. Planimetria generale
© https://images.adsttc.com/media/images/56de/23d2/e58e/ced2/d400/00e0/slideshow/15_Lagny_1_19.jpg?1457398726
- 40.** Brunet Saunier, Centro ospedaliero Marne la Vallée, Jossigny (Francia), 2012. Vista di una corte interna.
©11H45, <https://www.archdaily.com/783379/centre-hospitalier-de-marne-la-vallee-77-france-brunet-saunier/56de2f56e58eced2d4000119-centre-hospitalier-de-marne-la-vallee-77-france-brunet-saunier-photo>
- 41.** Brunet Saunier, Centro ospedaliero Marne la Vallée, Jossigny (Francia), 2012. Vista interna.
©11H45, <https://www.archdaily.com/783379/centre-hospitalier-de-marne-la-vallee-77->

france-brunet-saunier/56de2f05e58eced2d4000118-centre-hospitalier-de-marne-la-vallee-77-france-brunet-saunier-photo

42. EGM architecten, Ospedale Jeroen Bosch, Dordrecht, (Olanda), 2010. Vista esterna.
© EGM architecten , <https://www.archdaily.com/246400/jeroen-bosch-hospital-egm-architecten>

43. EGM architecten, Ospedale Jeroen Bosch, Dordrecht, (Olanda), 2010. Planimetria generale e localizzazione dei servizi sanitari
© EGM architecten, <https://www.archdaily.com/246400/jeroen-bosch-hospital-egm-architecten>

44, 45, 46, 47. EGM architecten, Ospedale Jeroen Bosch, Dordrecht, (Olanda), 2010. Vista interna degli spazi pubblici e di distribuzione, della zona di accoglienza e informazioni, di un corte verde e di una camera di degenza tipo.

© EGM architecten, <https://www.archdaily.com/246400/jeroen-bosch-hospital-egm-architecten>

48. C. F. Moller, Akershus University Hospital, Oslo (Norvegia), 2009. Vista esterna dei corpi paralleli.

©Torben Eskerod, <https://www.cfmoller.com/p/Akershus-University-Hospital-New-Ahus-i269.html>

49. C. F. Moller, Akershus University Hospital, Oslo (Norvegia), 2009. Pianta del primo piano.

© <https://www.cfmoller.com/p/Akershus-University-Hospital-New-Ahus-i269.html>

50. C. F. Moller, Akershus University Hospital, Oslo (Norvegia), 2009. Vista della galleria pubblica interna.

© <https://www.cfmoller.com/p/Akershus-University-Hospital-New-Ahus-i269.html>

51. C. F. Moller, Akershus University Hospital, Oslo (Norvegia), 2009. Vista esterna.

© <https://www.cfmoller.com/p/Akershus-University-Hospital-New-Ahus-i269.html>

52. C. F. Moller, Akershus University Hospital, Oslo (Norvegia), 2009. Vista degli spazi interni di ristoro.

© <https://architizer.com/idea/77583/>

53. Luis Vidal + architects, New Álvaro Cunqueiro Hospital, Pontevedra (Spagna), 2015. Vista delle "vele" dei servizi di degenza.

© Cortizo, <https://www.archdaily.com/778574/new-alvaro-cunqueiro-hospital-luis-vidal-plus-architects>

54. Luis Vidal + architects, New Álvaro Cunqueiro Hospital, Pontevedra (Spagna), 2015. Pianta piano tipo e sezione trasversale.

© <https://www.archdaily.com/778574/new-alvaro-cunqueiro-hospital-luis-vidal-plus-architects>

55. Luis Vidal + architects, New Álvaro Cunqueiro Hospital, Pontevedra (Spagna), 2015. Vista della zona degli ingressi.

© <https://www.archdaily.com/778574/new-alvaro-cunqueiro-hospital-luis-vidal-plus-architects>

56. Luis Vidal + architects, New Álvaro Cunqueiro Hospital, Pontevedra (Spagna), 2015. Particolare del sistema di rivestimento dei corpi paralleli.

© Cortizo, <https://www.archdaily.com/778574/new-alvaro-cunqueiro-hospital-luis-vidal-plus-architects>

57. Rafael de La-Hoz, Ospedale Rey Juan Carlos, Madrid (Spagna), 2015. Vista del corpo di base e di una torre di degenza.

© Alfonso Quiroga, <http://www.rafaeldelahoz.com/img/projects/health/001-14.jpg>

58. Rafael de La-Hoz, Ospedale Rey Juan Carlos, Madrid (Spagna), 2015. Pianta piano

tipo delle torri di degenza e sezione trasversale.

© <https://www.archdaily.com/238728/rey-juan-carlos-hospital-rafael-de-la-hoz>

59. Rafael de La-Hoz, Ospedale Rey Juan Carlos, Madrid (Spagna), 2015. Esploso assonometrico.

© <https://www.archdaily.com/238728/rey-juan-carlos-hospital-rafael-de-la-hoz>

60. Rafael de La-Hoz, Ospedale Rey Juan Carlos, Madrid (Spagna), 2015. Vista di un patio interno.

© Alfonso Quiroga, <https://www.archdaily.com/238728/rey-juan-carlos-hospital-rafael-de-la-hoz>

61. Rafael de La-Hoz, Ospedale Rey Juan Carlos, Madrid (Spagna), 2015. Vista di una camera di degenza.

© Italia Nostra Trento, *Edifici pubblici in Trentino: il nuovo ospedale di Trento*, Maggio 2013, <http://www.italianostra-trento.org/sites/default/files/Il%20nuovo%20ospedale%20del%20Trentino%20-%2013%20maggio%202013.pdf>

62. Mario Botta, Studio Redaelli Associati, Ospedale nuovo di Vimercate, 2010. Vista d'insieme del complesso ospedaliero.

© www.momarch.it

63. Aymeric Zublena SCAU, Tecnarch, Studio Monaco Martini, Studio Traversi, Ospedale Papa Giovanni XXIII, Bergamo, 2012. Vista d'insieme.

© www.momarch.it

64. Mario Cucinella Architects, Studio Altieri, Ospedale Santo Stefano, Prato, 2013. Vista d'insieme.

© www.google.it

65. SCAU, Struttura Tecnica ULSS17, STEAM Architettura e Ingegneria, Studio Sansoni, Ospedali Riuniti Madre Teresa di Calcutta, Padova, 2014. Vista d'insieme.

© https://cdn.archilovers.com/projects/b_730_bfc0c558-2c51-4a3f-bd8e-e92b341703ff.jpg

66. Stefano Boeri Architetti - Gianandrea Barreca, Giovanni La Varra, Nuovo Policlinico, Milano, (progetto). Vista d'insieme.

© Stefano Boeri Architetti, <https://www.stefano-boeri-architetti.net/project/ospedale-maggiore-policlinico/>

67. Mario Botta, Studio Redaelli Associati, Ospedale nuovo di Vimercate, 2010. Planimetria del piano terra.

© <http://www.inarconsulting.com/wp-content/gallery/vimercate/VIMERCATE.jpg>

68. Mario Botta, Studio Redaelli Associati, Ospedale nuovo di Vimercate, 2010. Vista dell'aggancio tra un corpo degenza e il corpo centrale

© Pessina Costruzioni, <http://www.pessinacostruzioni.it/media/2014/07/aziendanew.jpg>

69. Studio Aymeric Zublena SCAU, Tecnarch, Studio Monaco Martini, Studio Traversi, Ospedale Papa Giovanni XXIII di Bergamo. 2013. Planimetria del del primo piano e indicazioni funzionali.

© Arketipo magazine, <https://www.arketipomagazine.it/ospedale-giovanni-xxiii-progettisti-associati-tecnarc/>

70. Studio Aymeric Zublena SCAU, Tecnarch, Studio Monaco Martini, Studio Traversi, Ospedale Papa Giovanni XXIII di Bergamo. 2013

Vista delle facciate dei blocchi degenza.

© <https://www.steam.it/wp-content/uploads/2015/11/ospedale-di-bergamo-7-1024x636.jpg>

71. Mario Cucinella Architects, Studio Altieri, Ospedale Santo Stefano, Prato, 2013. Planimetria del piano terra

© Quotidiano Apuano, <http://www.quotidianoapuano.net/il-nuovo-ospedale-apuano-e-il-modello-ideale-di-renzo-piano/>

- 72.** Mario Cucinella Architects, Studio Altieri, Ospedale Santo Stefano, Prato, 2013. Vista degli spazi verdi interstiziali.
Foto dell'autore.
- 73.** Struttura Tecnica ULSS17, STEAM Ingegneria e Architettura, SCAU, Studio Sansoni, Nuovi Ospedali riuniti Padova Sud, Monselice, 2014.
© <https://www.promozioneacciaio.it/cms/it6227-nuovo-ospedale-di-monselice-este.asp#>
- 74.** Struttura Tecnica ULSS17, STEAM Ingegneria e Architettura, SCAU, Studio Sansoni, Nuovi Ospedali riuniti Padova Sud, Monselice, 2014.
© https://www.promozioneacciaio.it/UserFiles/Showcase/osp_este_slide/01.jpg
- 75.** Struttura Tecnica ULSS17, STEAM Ingegneria e Architettura, SCAU, Studio Sansoni, Nuovi Ospedali riuniti Padova Sud, Monselice, 2014.
© https://www.promozioneacciaio.it/UserFiles/Showcase/osp_este_disegni/03.jpg
- 76.** Stefano Boeri Architetti - Stefano Boeri, Gianandrea Barreca, Giovanni La Varra, Nuovo Policlinico di Milano, 2006 - in corso. Render di progetto. Vista del fronte verso la chiesa dell'Annunziata.
© Stefano Boeri Architetti, <https://www.stefanoboeriarchitetti.net/project/ospedale-maggiore-policlinico/>
- 77.** Stefano Boeri Architetti - Stefano Boeri, Gianandrea Barreca, Giovanni La Varra, Nuovo Policlinico di Milano, 2006 - in corso. Sezione schematica trasversale.
© Stefano Boeri Architetti, <https://www.stefanoboeriarchitetti.net/project/ospedale-maggiore-policlinico/>
- 78.** Stefano Boeri Architetti - Stefano Boeri, Gianandrea Barreca, Giovanni La Varra, Nuovo Policlinico di Milano, 2006 - in corso. Pianta del piano tipo e dalla copertura verde del padiglione centrale.
© Stefano Boeri Architetti, <https://www.stefanoboeriarchitetti.net/project/ospedale-maggiore-policlinico/>
- 79.** Mario Botta, Studio Redaelli Associati, Ospedale nuovo di Vercate, 2010. Schema sintetico dei percorsi principali.
Elaborazione grafica dell'autore.
- 80.** Mario Botta, Studio Redaelli Associati, Ospedale nuovo di Vercate, 2010. Vista dei percorsi di collegamento interni.
© *Monografia Nuovo ospedale di Vercate*, Regione Lombardia con Pessina Costruzioni.
- 81.** Aymeric Zublena SCAU, Tecnarch, Studio Monaco Martini, Studio Traversi, Ospedale Papa Giovanni XXIII, Bergamo, 2012. Schema sintetico dei percorsi principali. Elaborazione grafica dell'autore.
- 82.** Aymeric Zublena SCAU, Tecnarch, Studio Monaco Martini, Studio Traversi, Ospedale Papa Giovanni XXIII, Bergamo, 2012. Vista della Hospital Street
© <https://www.televic-healthcare.com/en/references/asst-ospedale-papa-giovanni-xxiii-bergamo-it>
- 83.** Mario Cucinella Architects, Studio Altieri, Ospedale Santo Stefano, Prato, 2013. Schema sintetico dei percorsi principali.
Elaborazione grafica dell'autore.
- 84.** Mario Cucinella Architects, Studio Altieri, Ospedale Santo Stefano, Prato, 2013. Vista dello spazio di ingresso e della corte centrale.
Foto dell'autore.
- 85.** SCAU, Struttura Tecnica ULSS17, STEAM Architettura e Ingegneria, Studio Sansoni, Ospedali Riuniti Madre Teresa di Calcutta, Padova, 2014. Schema sintetico dei percorsi principali. Elaborazione grafica dell'autore.
- 86.** Mario Cucinella Architects, Studio Altieri, Ospedale Santo Stefano, Prato, 2013.

Vista degli spazi d'ingresso e dell'area accoglienza.

© www.consorziointegra.it/portfolio-posts/galleria-degli-uffizi-2/

87. Stefano Boeri Architetti - Gianandrea Barreca, Giovanni La Varra, Nuovo Policlinico, Milano, (progetto). Schema sintetico dei percorsi principali.

Elaborazione grafica dell'autore.

88. Stefano Boeri Architetti - Gianandrea Barreca, Giovanni La Varra, Nuovo Policlinico, Milano, (progetto). Dettaglio del corpo di collegamento tra il padiglione centrale e l'edificio delle degenze.

© <http://www.ordinearchitetti.mi.it/it/mappe/milanohecambia/area/77-riqualificazione-aree-ospedale-maggiore-policlinico-mangiagalli-e-regina-elena/scheda>

CAPITOLO 5

1. OBR Studio & Policreo studio, Ospedale dei bambini P. Barilla, Parma, 2013. Dettaglio del rivestimento di facciata.

© Policreo studio, <http://www.policreo.it/casi-studio/show/nuovo-ospedale-dei-bambini-di-parma>

2. OBR Studio & Policreo studio, Ospedale dei bambini P. Barilla, Parma, 2013. Pianta alla quota urbana

© The Plan, <https://www.theplan.it/webzine/architettura-italiana/ospedale-dei-bambini-di-parma-qpietro-barillaq>

3. OBR Studio & Policreo studio, Ospedale dei bambini P. Barilla, Parma, 2013. Sezione trasversale sul patio centrale.

© The Plan, <https://www.theplan.it/webzine/architettura-italiana/ospedale-dei-bambini-di-parma-qpietro-barillaq>

4,5. OBR Studio & Policreo studio, Ospedale dei bambini P. Barilla, Parma, 2013. Viste esterne.

© The Plan, <https://www.theplan.it/webzine/architettura-italiana/ospedale-dei-bambini-di-parma-qpietro-barillaq>

6,7. OBR Studio & Policreo studio, Ospedale dei bambini P. Barilla, Parma, 2013. Vista della zona di accoglienza e accettazione, degli spazi d'attesa,

© Policreo studio, <http://www.policreo.it/casi-studio/show/nuovo-ospedale-dei-bambini-di-parma>

8,9. OBR Studio & Policreo studio, Ospedale dei bambini P. Barilla, Parma, 2013. Vista della camera di degenza e degli ambulatori.

© Policreo studio, <http://www.policreo.it/casi-studio/show/nuovo-ospedale-dei-bambini-di-parma>

10. Modus Architects, Centro di riabilitazione psichiatrica, Bolzano, 2016. Vista del fronte principale.

© The plan, <https://www.theplan.it/award/2015/health/psychiatric-center-and-sheltered-housing>

11,12. Modus Architects, Centro di riabilitazione psichiatrica, Bolzano, 2016. Pianta del piano tipo e sezione trasversale.

© www.architetto.info, © http://cdn-media.architetto.info/wp-content/uploads/2016/01/13_sezione-%C3%94%C3%AA%C3%85-MoDus-640x360.jpg

13. OBR Studio & Policreo studio, Ospedale dei bambini P. Barilla, Parma, 2013. Vista dall'altro del centro sanitario

© Modus Architects, <https://www.modusarchitects.com/en/work/projects/alpine-architecture/psychiatric-center>

14. OBR Studio & Policreo studio, Ospedale dei bambini P. Barilla, Parma, 2013. Vista della facciata corta.

© http://foto.ilsole24ore.com/Edilizia_e_Territorio/Free/Progetti_e_Concorsi/2015/01/pischiatico_modus/img_pischiatico_modus/_D4Z0071BR_590-490.jpg

15,16. Modus Architect, Centro di riabilitazione psichiatrica, Bolzano, 2016. Vista degli spazi di soggiorno e della zona d'attesa.

© Modus Architects, <https://www.modusarchitects.com/en/work/projects/alpine-architecture/psychiatric-center>

17,18. Modus Architect, Centro di riabilitazione psichiatrica, Bolzano, 2016. Vista della camera di degenza e della corte interna.

© Modus Architects, <https://www.modusarchitects.com/en/work/projects/alpine-architecture/psychiatric-center>

19. LDA.iMda Architetti Associati, Casa verde - casa di cura per donne con problemi di salute mentale, San Minato, 2016. Viste dell'ingresso principale

© LDA.iMda Architetti Associati, <https://www.ldaimda.com/Casa-Verde-architettura-contemporanea-disabili-toscana.htm>

20,21. LDA.iMda Architetti Associati, Casa verde - casa di cura per donne con problemi di salute mentale, San Minato, 2016. Pianta del piano tipo e sezioni.

© LDA.iMda Architetti Associati, <https://www.theplan.it/eng/award-2017-health/casa-verde-young-womens-care-home-for-mental-health-problems-1>

22,23. LDA.iMda Architetti Associati, Casa verde - casa di cura per donne con problemi di salute mentale, San Minato, 2016. Vista del contesto territoriale e dettaglio della parete perimetrale.

© LDA.iMda Architetti Associati, <https://www.ldaimda.com/Casa-Verde-architettura-contemporanea-disabili-toscana.htm>

24,25. LDA.iMda Architetti Associati, Casa verde - casa di cura per donne con problemi di salute mentale, San Minato (PI), 2016. Vista dell'area dell'accoglienza, dell'ingresso principale.

© LDA.iMda Architetti Associati, <https://www.ldaimda.com/Casa-Verde-architettura-contemporanea-disabili-toscana.htm>

26,27. LDA.iMda Architetti Associati, Casa verde - casa di cura per donne con problemi di salute mentale, San Minato (PI), 2016. Vista dello spazio di riunione e del connettivo.

© LDA.iMda Architetti Associati, <https://www.ldaimda.com/Casa-Verde-architettura-contemporanea-disabili-toscana.htm>

28. Studio Binini Partners, Ospedale E. Franchini. Montecchio Emilia, 2015. Ingressi principali. Vista sull'installazione artistica di Graziano Pompili.

© Studio Binini Partners, <https://www.bininipartners.it/progetti/ospedale-e-franchini-di-montecchio-emilia/>

29. Studio Binini Partners, Ospedale E. Franchini. Montecchio Emilia, 2015. Vista dell'area di attesa e, sullo sfondo, delle vetrate artistiche di Valerio Adami.

© Studio Binini Partners, <https://www.bininipartners.it/progetti/ospedale-e-franchini-di-montecchio-emilia/>

30. Mad in Design. Workshop progettuale. Momento di confronto tra i componenti del gruppo di lavoro.

© <https://www.madindesign.com>

31. Progetti sviluppati all'interno dei Workshop organizzati dal gruppo Mad in Design. Edizioni 2015-2018. Progetto EMPATIA. UN LUOGO SICURO. 2018. Project Leader: Marco Marzini (Marco Marzini Design Studio). Team: Anna, Roberto, Alessia Calvagno, Emanuela Meloni, Federico Soressi, Giacomo Conti, Giulia Demara, Maria Nobile, Maria Cristina Tota,

Virginia Vignale.

© <https://www.madindesign.com/copia-di-workshop17>

32. Progetti sviluppati all'interno dei Workshop organizzati dal gruppo *Mad in Design*. Edizioni 2015-2018. Progetto *MODULARITÀ. LIBERE CONFIGURAZIONI*. 2018. Project Leader: Alberto Ghirardello. Team: Stefano, Alice Canta, Roberta Di Cosmo, Graziano Martino, Dalila Petrotto, Alison Cipriano, Elena, Sara Cavallera, Veronica Carta, Luisa Carnevale Baraglia, Filippo Maria Dazzi.

© <https://www.madindesign.com/copia-di-workshop17>

33. Progetti sviluppati all'interno dei Workshop organizzati dal gruppo *Mad in Design*. Edizioni 2015-2018. Progetto *INVITO. UNO SPAZIO PER LA SOGGETTIVITÀ*, 2017. Project leader: Adelaide Testa, (Marcante -Testa UdA Architetti). Team: Riccardo, Marco, Adriana Ruiz Perez, Anna Piroddi, Simona Gianola, Erika Guddemi, Giacomo Bagnato, Laura Li Destri, Francesca Mongiò.

© <https://www.madindesign.com/copia-di-workshop17>

34. Progetti sviluppati all'interno dei Workshop organizzati dal gruppo *Mad in Design*. Edizioni 2015-2018. Progetto *MUTARE. UNA SEDUTA CHE CAMBIA*. 2016
Project Leader: Paolo Delponte (UNDUO). Team: Rosy, Marco, Carolina Giacomel, Jessica Potenza, Paula Ciecko-Addamo, Luca Rizza, Marco Milazzo, Alessia Castelli, Beatrice Gamba, Giada Pezzi.

© <https://www.madindesign.com/copia-di-workshop17>

35. Progetti sviluppati all'interno dei Workshop organizzati dal gruppo *Mad in Design*. Edizioni 2015-2018. Progetto *CONFINI. UNO SPAZIO PER ME*, 2015. Project Leader: Maurizio Prina. Team: Donato Babbo, Silvia Bovo, Arianna Comotto, Marco Galante, Anna Gerometta, Chiara Tedeschi

© <https://www.madindesign.com/copia-di-workshop17>

36. Progetto *SPAZIO APeRTO*. Inaugurazione dell'orto terapeutico. Agosto 2017. Foto dell'autore.

37. Progetto *SPAZIO APeRTO*. Edizioni 2017-2018. Abaco degli elementi realizzati

38. Progetto *SPAZIO APeRTO*. Edizioni 2017-2018. Utenti e volontari coinvolti nella fase di autocostruzione.

39,40. Progetto *SPAZIO APeRTO*. Edizioni 2017-2018. Vasche di coltivazione realizzate e decorate dagli utenti della Casa Famiglia e di Casa *Smargiassi*.

41. Progetto *SPAZIO APeRTO*. Edizioni 2017-2018. Il gruppo di lavoro, Edizione 2018.

CAPITOLO 6

1. Stefano Boeri Architetti, Nuovo Policlinico di Milano, 2006 - in corso. Render di progetto dei nuovi spazi d'ingresso e dell'area pubblica.

© infobuildenergia, <https://www.infobuildenergia.it/Allegati/11098.jpg> - consultato il 17/05/2019

2. Stefano Boeri Architetti, Nuovo Policlinico di Milano, 2006 - in corso. Schema delle collaborazioni socio culturali del Nuovo Policlinico.

© Stefano Boeri Architetti, <https://www.stefano-boeri-architetti.net/project/ospedale-maggiore-policlinico/>

3. Richard Murphy Architects, Maggie's Cancer Caring Centre, Edimburgo, 1996. Vista del prospetto d'ingresso.

© Maggie's Center, <https://www.maggiescentres.org/our-centres/maggies-edinburgh/architecture-and-design/>

4. Richard Murphy Architects, Maggie's Cancer Caring Centre, Edimburgo, 1996.

Sezione trasversale dell'edificio principale.

© Northern Architecture, -5. Steven Holl Architects, Maggie's Centre Barts, Londra, 2017. Schizzo di studio del sistema strutturale e dei rivestimenti.

© Steven Holl Architects, <http://www.stevenholl.com/projects/maggies-centre-barts?>

6. Steven Holl Architects, Maggie's Centre Barts, Londra, 2017. Sezione trasversale
© <https://www.archdaily.com/885886/maggies-centre-barts-stein-holl-architects/5a3b3f70b22e384b3a000150-maggies-centre-barts-stein-holl-architects-section>

7. Steven Holl Architects, Maggie's Centre Barts, Londra, 2017. Vista del prospetto principale e della relazione con gli edifici circostanti.

© Iwan Baan, <https://www.archdaily.com/885886/maggies-centre-barts-stein-holl-architects/5a3b4039b22e384b3a000157-maggies-centre-barts-stein-holl-architects-photo>

8. Labics & Topotek 1, Masterplan del Campus Bio-Medico di Roma, 2018. Planimetria generale alla scala territoriale.

© futureunicampus, http://www.futureunicampus.it/eventi/il-progetto-vincitore_150/&news

9. Labics & Topotek 1, Masterplan del Campus Bio-Medico di Roma, 2018. Render di progetto, vista verso l'accesso principale dalla città.

© futureunicampus, http://www.futureunicampus.it/eventi/il-progetto-vincitore_150/&news

10. Labics & Topotek 1, Masterplan del Campus Bio-Medico di Roma, 2018. Render di progetto.

© Il giornale dell'Architettura, <https://ilgiornaledellarchitettura.com/wp-content/uploads/2019/05/Render-2-4.jpg>

CAPITOLO 7

1. Ricerca "La valutazione partecipata del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero", a cura di age.na.s - agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, 2015. Matrice della Struttura di valutazione del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero. In evidenza gli Items di Area 2 - Accessibilità fisica, vivibilità e comfort dei luoghi di cura.

© <http://assr.regione.emilia-romagna.it/it/ricerca-innovazione/innovazione-sociale/ricerca-sociale/umanizzazione/protocollo-metodologico>

2,3. Esempi di rapporti tra la figura umana e l'architettura.

© S. Marsicano (a cura di), *Abitare la cura. Riflessioni sull'architettura istituzionale*, Franco Angeli Editore, Milano, 2002, pag.173.

4. Schema esemplificativo del sistema *OPEN BUILDING*.

© S. Capolongo, A. Brambilla, Alta Scuola Politecnica, Politecnico di Milano, *OPEN BUILDING: Open Building for Future Healthcare Environments*.

5. "La finestra dei sogni", dispositivo interattivo presente negli spazi di attesa dell'Ospedale pediatrico Meyer di Firenze.

© www.fondazionemeyer.it/le-finestre-dei-sogni/



SAPIENZA
UNIVERSITÀ DI ROMA