

La copertina del mese



CENTRO INFORMAZIONI DATI DELLA CASSA DI RISPARMIO DI VENEZIA A MESTRE

Nella visione esterna e nel particolare del Centro Informazioni dati spiccano i tamponamenti esterni prefabbricati realizzati dalla **SILCA**, con inserite già in fase di getto del pannello in stabilimento, le tessere di ceramica smaltata prodotte dalla **BUCHTAL** su disegno del mosaicista Savonese **RENATO PRATO**.

I pannelli prefabbricati di 2,40 x 7,20 mt. sono costituiti in calcestruzzo armato con tre diversi strati di mescole particolarmente additivati, onde compensare le differenze tipiche di modulo di elasticità dei diversi materiali.

Questo accorgimento permette anche i movimenti causati da differenze termiche garantendo la massima coesione tra piastrelle e calcestruzzo evitando fenomeni di distacco ed incurvature.

SILCA

IMPRESA COSTRUZIONI

PREFABBRICATI **IPM**



ingegneri architetti costruttori

mensile
di tecnica e informazione
dell'associazione ingegneri,
architetti
e collegio costruttori
di bologna

notiziario dell'ordine degli ingegneri di bologna
notiziario della associazione ingegneri di piacenza
notiziario del collegio ingegneri di rimini
notiziario della associazione ingegneri e architetti di ferrara
notiziario della associazione ingegneri e architetti di modena
notiziario della associazione ingegneri e architetti di ravenna
sindacato architetti liberi professionisti emilia-romagna
sindacato ingegneri liberi professionisti di bologna

- 267 ALBERTO LENA
presentazione
- 268 ALBERTO MANFREDINI
inserimento urbanistico delle strutture ospedaliere nel contesto esistente
- 272 ALESSANDRO CHIUSOLI - RICCARDO ADVERSI - MARIA LUISA BORIANI - ALBERTO MINELLI
verde ospedaliero: funzioni, funzionalità, gestione
- 276 ANTONIO GUFFANTI
strutture sanitarie nei paesi emergenti: esempi italiani
- 283 MARIO ZANETTI - GABRIELE ZINGARETTI - GIANPAOLO FACCANI - GIANNI SACCONI
analisi delle strutture ospedaliere dati relativi a 117 casi
- 289 GIAN PAOLO GANDOLFI - ENZO ZACCHIROLI
l'evoluzione delle metodologie e indirizzi nella ristrutturazione e costruzione ospedaliera
- 292 GIOVANNI PIERONI - ANDREA GIAMPEROLI - VINCENZO NARDACCHIONE - LUCIO VITOBBELLO - GIUSEPPE GUERRA
la ristrutturazione e la riorganizzazione dell'ospedale: il progetto dell'ospedale Maggiore di Bologna
- 296 ANDREA GIANPEROLI - GIANPAOLO FACCANI - GIOVANNI PIERONI - GABRIELE ZINGARETTI - MARCO BICOCCI
ospedale Maggiore a Bologna. Ristrutturazione e ampliamento del padiglione isolamento
- 298 FABRIZIO ROSSI PRODI
umanizzare la progettazione degli ospedali e delle strutture per gli anziani
- 301 SERGIO GIOVANNETTI
normative di progettazione per strutture sanitarie per anziani non autosufficienti in Italia - programmi di intervento e tipologie costruttive
- 305 MARCO BURIANI - CATIA ALINOVI - G. CAZZULO - P. GEMINIANI
le barriere architettoniche nelle strutture ospedaliere esistenti
- 307 FRANCESCO CASTELLA
seguridad integral
- 310 G. FERRARI - G. GIOVANNINI - M. TUBERTINI - G. NANNI - A. CAVINA
considerazioni sulla sicurezza dell'uso clinico di apparecchiature di risonanza magnetica
- 313 JACK D. JOUBERT
la climatization du bloc operatoire
- 316 MARINO BONIZZATO
un sistema progettuale per l'ospedale che si trasforma dalla macro alla microflessibilità
- 324 FRANCESCO FERRI - ROBERTO GIOVANNINI
sistema di stoccaggio e distribuzione dei prodotti ospedalieri
- 331 A. CAVALLINI - A. COCCHI - M. MAZZA - G. RAFFELLINI - N. RIVIZZIGNO - M. STRADA
proposta alcar per una corretta progettazione degli impianti di climatizzazione per gli ospedali
- 336 IVAN FRASCARI
sistemi energetici innovativi a scala urbana a servizio del polo ospedaliero più significativo della realtà bolognese
- 340 ALBERTO ANDREOTTI
dipartimento della prevenzione: uno studio di fattibilità prototipale
- 343 documenti e dibattiti
- 351 notiziari

inarcos

Rivista mensile
edita dalla Associazione Ingegneri ed architetti
della Provincia di Bologna.
Distribuita gratuitamente agli associati

Spedizione in abbonamento postale
gruppo III
pubblicità inferiore al 70%

Grafica di copertina:
Franco Zarri

DIRETTORE RESPONSABILE:
FRANCO ZARRI

Redattore capo:
Bruno Prestopino

Direttore amministrativo:
Rocco Iascone

Comitato di Amministrazione:
**Rodolfo Bettazzi, Giancarlo Sacchini,
Giorgio Gasparini**

Comitato di Redazione
**Dante Alvisi, Giuseppe Barbieri, Barbara Bartoli,
Benedetto Belli, Antonio Bonora, Enrico Bottari,
Alberto Burchiani, Pier Paolo Diotallevi,
Renato Chiesa, Alessandra Carretti, Alessandro Guidotti,
Carlo Maccaferri, Franco Montanari, Augusto Nanni,
Roberto Patitucci, Giorgio Raffellini, Valeria Rubini,
Giovanni Santi, Alessandro Specchio, Giovanni Tasselli,
Mario Trenti, Mauro Toschi**

Direzione, Redazione e Amministrazione:
Bologna - Strada Maggiore, 13 - tel. 231.815
Ufficio pubblicità: tel. 223363-235412
Stampa: Labanti & Nanni - Bologna
Autorizzazione del Tribunale di Bologna
n. 3131 in data 29-4-65.
Abbonamento annuale L. 45.000.
Esteri L. 50.000.
Prezzo di vendita riservato ai soli soci
dell'Associazione e agli iscritti
all'ordine o al Collegio L. 4.000.
Arretrato il doppio.

L'eventuale pubblicazione degli articoli
non significa riconoscimento
ed approvazione da parte della Direzione,
delle opinioni
o delle teorie espresse dagli Autori.
Si accettano memorie o deduzioni
anche in contrasto
con quanto già pubblicato, salvo il diritto di replica
da parte degli interessati.
È vietata la riproduzione, anche parziale,
degli scritti senza citarne la fonte.

529

ANNO XLVII - MAGGIO 1992 (4)

INSERIMENTO URBANISTICO DELLE STRUTTURE OSPEDALIERE NEL CONTESTO ESISTENTE

SUMMARY

HOSPITAL STRUCTURES IN URBAN EXISTING CONTEXT: PLANNING AND DESIGN IMPLICATIONS.

The theme of insertion of hospital structures in urban, suburban and natural context is often neglected.

Design researches frequently pay attention to other aspects.

By reading examples and reflections exposed in this report, it is possible to remark the restoration and the recovery of important portions of land on which hospital complexes rise.

Such new planning sensitiveness should produce a comprehensive improvement in architectural and urban quality of contemporary hospitals.

The aim of the present report is to make clients and architects understand the importance of «context» in hospital planning and design.

RESUME

LES HOPITAUX DANS LE CONTEXTE DU TERRITOIRE

L'insertion dans le contexte urbain, extraurbain et naturel des hôpitaux est souvent négligée.

Les attentions projectuelles sont toujours ailleurs.

De la lecture des exemples et des considérations ici exposées, il est possible de délinéer la reconversion et la réhabilitation d'importants morceaux du territoire de l'hôpital.

Cette nouvelle sensibilité projectuelle permet l'amélioration de la qualité architectural et humaine des hôpitaux de la contemporanéité.

Cette communication veut augmenter, dans les maîtres d'ouvrage et dans les projecteurs, l'importance du «contexte» pour la projection des hôpitaux.

INSERIMENTO URBANISTICO DELLE STRUTTURE OSPEDALIERE NEL CONTESTO ESISTENTE: RISVOLTI E IMPLICAZIONI PROGETTUALI

Affrontare e risolvere il tema della progettazione ospedaliera significa confrontarsi con complessità molteplici sia a livello specifico che generale.

Per complessità del livello specifico ci si riferisce a quella moltitudine di informazioni preprogettuali (tecniche, edilizie, sanitarie, organizzative, legislative, normative, di gestione, di manutenzione, ecc.), buona parte delle quali di scarso interesse per l'architettura in senso stretto, che però influiscono sugli schemi distributivo-funzionali, sui percorsi ecc., per concretizzarsi in una serie di tipi edilizi su cui orientare la composizione e la progettazione architettonica.

Per complessità del livello generale ci si riferisce invece ai rapporti tra ospedale, in quanto opera pubblica primaria, e contesto urbano o extraurbano su cui insiste; rapporti

che debbono tradursi in «sistema progettuale» integrato al territorio e non da questo avulso come nella maggior parte delle realizzazioni, e non solo italiane.

Ed è questo secondo aspetto che val la pena di affrontare in questa sede.

La notevole quantità di risorse finanziarie destinate alla soluzione del problema edilizio sanitario in Italia impone una riflessione sul controllo della qualità dei progetti architettonici, ben al di là e oltre il controllo istituzionale a monte del progetto (tramite gli studi di fattibilità) o a valle del medesimo (con i Nuclei ministeriali di Valutazione). Sono considerazioni che debbono essere fatte proprie da committenti e progettisti che hanno l'opportunità, in questo particolare periodo storico, di intervenire pesantemente (in termini volumetrici) sul territorio. Si dovrebbe in ogni modo evitare che il piano d'investimenti per le strutture ospedaliere italiane si configurasse come l'ulteriore occasione perduta in termini di qualità delle opere pubbliche evitando di rincorrere esclusivamente la quantità per produrre quella qualità progettuale ancor più importante, proprio per il peso volumetrico ad essa connesso, nelle tematiche specifiche.

Dovrebbe essere ormai chiara, anche se invece sembrerebbe il contrario, la straordinaria importanza che riveste l'inserimento urbanistico delle opere ospedaliere nel contesto esistente. È infatti solo da una operazione accorta di inserimento ambientale che è possibile ipotizzare o prevedere il recupero e la rivitalizzazione di quella parte di territorio su cui insiste la struttura sanitaria che già esiste o su cui insisterà quella di previsione.

Tale attenzione progettuale è, nel disciplinare specifico, completamente disattesa nella stragrande maggioranza dei casi a seguito di due atteggiamenti, opposti ma simmetrici, che hanno contribuito a generare e produrre le strutture sanitarie con cui, oggi, siamo costretti a convivere.

Da un lato cioè la progettazione di tali opere è stata ed è affidata a cosiddetti specialisti del settore che, in nome di esigenze specificatamente peculiari, contribuiscono alla concretizzazione di quei volumi amorfi e indifferenziati che tanta responsabilità hanno avuto e hanno nei confronti della qualità dell'architettura.

Dall'altro la mancanza della costruzione di una base teorica unitaria sui problemi del contesto e in particolare la carenza di sensibilità e la mai sufficiente presa di coscienza sui risvolti ambientali sempre connessi con l'edificazione di «macrostrutture» specializzate, come l'ospedale, ha impedito, salvo qualche rara eccezione, la costruzione di un metodo progettuale estensibile al territorio pur partendo da un fatto specifico e specializzato (1).

In questo periodo, e per questi tempi, sarebbe oltremodo indispensabile riattualizzare il binomio teoria-metodo pro-

gettuale, soprattutto negli ambiti sanitari, certamente oggi tra i più «dismessi», per riportare l'attenzione sul concetto e sul termine di morfologia urbana troppo sovente dato per acquisito o, peggio ancora, per superfluo. E ciò accade non perché tipologia e morfologia avessero mostrato segni di debolezza o di obsolescenza in favore del principio più generale del già teorizzato «principio insediativo». Ciò avviene, ed è questo l'aspetto grave, in nome di esigenze funzionali che finiscono per assumere ruolo inessenziale alla configurazione della morfologia stessa e marginale, in senso stretto, anche per la composizione architettonica del manufatto (il variare temporale dell'esigenza funzionale finisce con il compromettere la scelta iniziale indipendentemente dalla maggiore o minore flessibilità d'uso del tipo edilizio).

L'importanza troppo sovente elusa di questo aspetto risiede nel fatto che l'intervento progettuale a carattere ospedaliero si inserisce a pieno titolo, e in un gran numero di casi, nel più ampio capitolo del «restauro urbano». I progetti e successivamente le realizzazioni che si andranno a compiere nei prossimi anni o riguarderanno l'edificazione di nuovi complessi o il miglioramento e il completamento di complessi esistenti e si concretizzeranno in forme architettoniche che dovranno, o meglio dovrebbero, essere sostenute da necessità ineludibili che nulla hanno a che vedere con le cosiddette esigenze funzionali che, secondo taluni, dovrebbero costituire, da sole, il back ground del progetto. In altri termini se non è impossibile trovare una struttura ospedaliera che funzioni, che non significa peraltro che soddisfatti in ogni parte i suoi operatori (ma all'architettura poco importa, o dovrebbero importare delle logiche di potere all'interno di tali strutture), è estremamente difficile trovarne una la cui morfologia complessiva sia in sintonia con la morfologia urbana preesistente, e ancor più difficile trovarne una la cui morfologia si possa porre come momento di sintesi di un processo analitico più generale di cui il progetto specifico costituisce solo l'atto finale.

L'esempio brunelleschiano dell'Ospedale degli Innocenti, del primo Quattrocento fiorentino, costituisce ancor oggi la migliore sintesi tra progetto architettonico e inserimento urbanistico, ossia tra specificità del tema e morfologia urbana (Fig. 1).

Il celebre porticato, vero e proprio filtro tra città dei sani e città dei malati e la sottostante gradinata «albertiana» di cerniera e di raccordo tra la piazza urbana e la struttura specializzata, sono allineati lungo l'asse, visivo e ideale, coincidente con via dei Servi, di congiunzione tra la Chiesa della Annunziata e la Cupola del Duomo. Attenzioni così caratterizzate per rapportare una tipologia edilizia specializzata a una morfologia complessiva per sua natura non specializzata, difficilmente sono state poste in essere nel disciplinare specifico delle costruzioni ospedaliere.

Per esse ha sempre funzionato l'alibi, ormai insostenibile, che le forme architettoniche prodotte da esigenze così complesse dovrebbero essere accettate tout-court in nome di quelle già ampiamente citate esigenze «funzionali» che da sole comunque disattendono le esigenze dell'architettura e dell'urbanistica. Situazione non più accettabile perché causa di ulteriore impauverimento della qualità urbana. In più l'unico parametro di riferimento era, e tutto sommato lo è ancora in molti casi, la cosiddetta forma tipologica istituzionale che trova le proprie motivazioni storiche indietro nel tempo. Ci si intende riferire al modello di Bentham per il «Panopticon», modello di carcere ideale che diede origine a un'ampia serie di istituzioni vittoriane senza preoccupazione per il contesto. È un

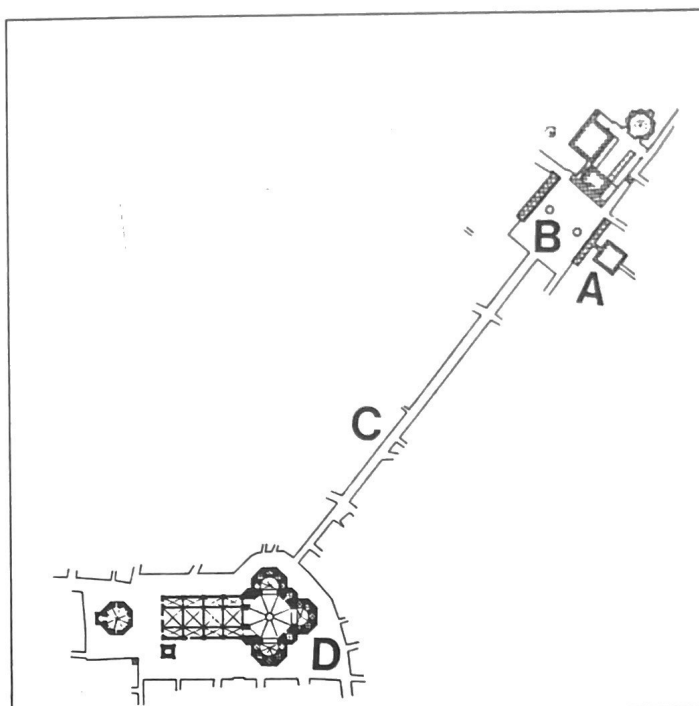


FIG. 1. Ospedale degli Innocenti a Firenze (da: Brunelleschi, a cura di A. Pizzigoni, Zanichelli, Bologna, 1989)

- A: Ospedale
- B: Piazza SS. Annunziata
- C: Via dei Servi
- D: Duomo

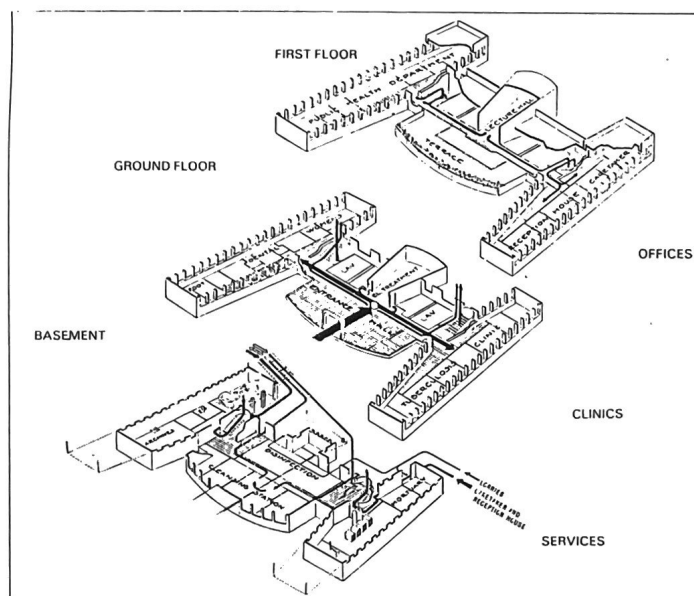
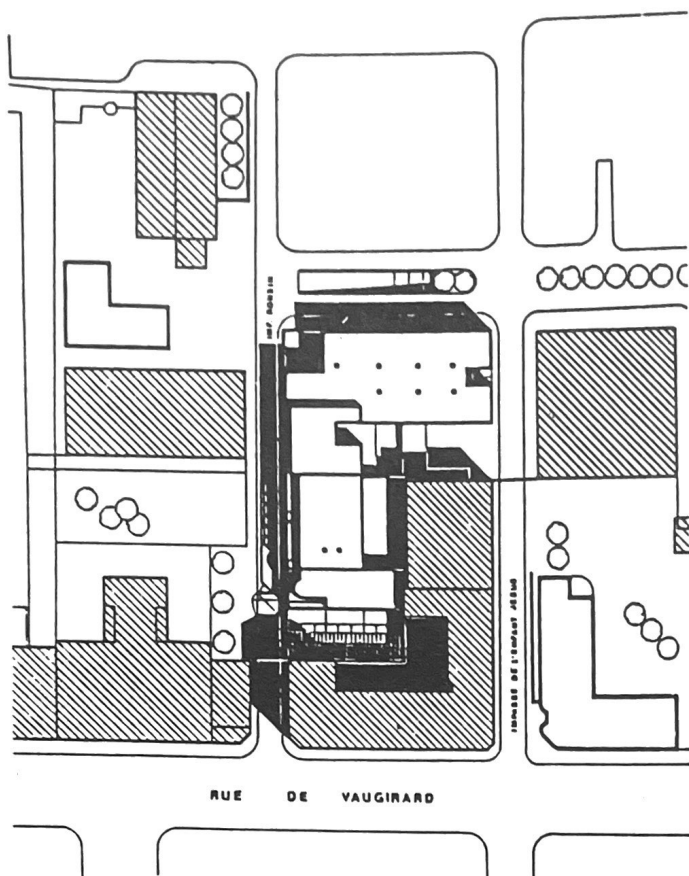


FIG. 2. Schema dei percorsi del Finsbury Health Centre a Londra (B. Lubetkin, 1939).



Plan masse.

FIG. 3.
Nuovo ampliamento dell'Ospedale Necker a Parigi (P. Chemetov, 1985).

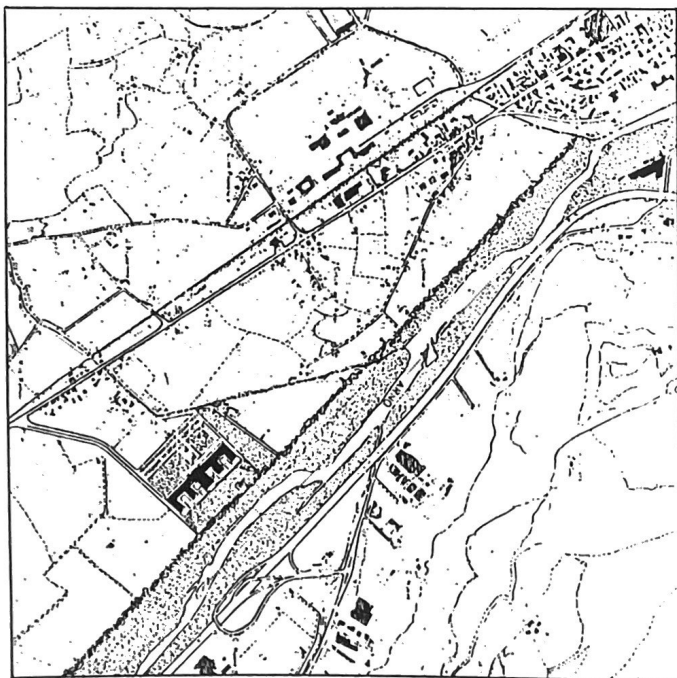


FIG. 4.
Nuovo Ospedale di S. Giovanni in Valdarno (Arezzo) (Gregotti & Associati, 1988)

po' la storia della composizione architettonica non solo dell'Ospedale Generale, ma anche dell'Ospedale Psichiatrico e del Carcere. Tali «forme istituzionali» si riproducono infatti secondo vicende parallele nel senso che la matrice comune, che è alla base di entrambe, è quella del «controllo esclusivamente alla tutela della salute fisica (ospedale generale), della salute mentale (ospedale psichiatrico) o del più ampio ventaglio dei comportamenti umani (carcere). Le eccezioni, che peraltro confermano la regola non mancano, e vale la pena di citarne almeno due per il passato prossimo e una in più per la contemporaneità. I primi due esempi sono il dispensario antitubercolare di Gardella ad Alessandria e l'Health Center di Lubetkin alla periferia di Finsbury degli anni '30. In essi non c'è ancora lo sforzo verso il contesto che tanto auspichiamo oggi, ma non dobbiamo nemmeno pretendere che ci sia. Siamo in piena rivoluzione tipologica. C'è stato Klein e Hilberseimer al di là delle Alpi; ci saranno Pagano e Hiltallevi e Marescotti per la migliore salubrità della residenza e per un'urbanistica più «moderna» che produrrà, solo per citare un esempio italiano, la «Milano Verde». L'attenzione dei progettisti è dunque rivolta, nel disciplinare compositivo, alla rivalutazione della tipologia o meglio alla ricerca di tipologie non «istituzionali» (anche se purtroppo in molti casi lo diventeranno) ma adeguate alle nuove istanze del sociale e più genericamente dell'abitare in ogni sua accezione. L'importanza degli esempi di Gardella e Lubetkin sta proprio nella grande forza propositrice di rompere con una tradizione tipologica consolidata pure nel settore specifico (Fig. 2). Di rompere cioè con quelle forme «istituzionali» dianzi precisate (e con cui le loro realizzazioni non hanno più nulla in comune) per applicare a strutture specializzate i principi dell'architettura moderna.

I tre esempi per la contemporaneità si riferiscono al nuovo ospedale di Venezia di Semerari, all'ampliamento dell'ospedale Necker di Parigi di Chemetov e al progetto dell'ospedale di S. Giovanni Valdarno di Gregotti. Tali progetti risolvono la struttura specialistica sotto il profilo tipologico in maniera esemplare. Importa relativamente il numero dei posti letto o delle specialità presenti, la presenza o meno di attrezzature sofisticate ecc., perché, come detto, vuoi legate a problemi di natura diversissima dalle tematiche architettoniche e urbanistiche, vuoi perché costituiscono l'unico aspetto effimero della progettazione, nel senso che le quantità all'interno di una struttura ospedaliera sono in continuo divenire e in perenne mutazione e nessun dato di tal genere può essere assunto per definitivo. Ciò che ci interessa sottolineare sono gli aspetti permanenti come il rapporto con il contesto, cioè il risvolto morfologico, che costituisce il tema centrale di questo intervento.

Nel primo caso l'inserimento, sovente ritenuto impossibile, nel cuore della Venezia storica, è risolto con il ricorso a una tipologia «frammentata» che peraltro non rinuncia alle istanze contemporanee (corpo quintuplo per le degenze e piastra per i reparti operatori), così come risolta è la separazione dei percorsi esterni all'ospedale, ragionevolmente differenziati. Ulteriore interesse per tale realizzazione deriva dalla considerazione che non a torto essa può considerarsi il punto di arrivo di un lungo processo che partendo dal lontano '63 con il concorso nazionale di idee per il progetto preliminare per un nuovo ospedale civile a Venezia, ha vissuto negativamente, «bruciandola», la vicenda lecorbusieriana per l'ospedale della laguna (fig. secondo esempio strumentale per la comprensione (fig. 3) del legame tra struttura specializzata e contesto si riferisce all'ampliamento dell'ospedale Necker di Parigi. È un intervento di microubanistica o meglio di inserimento am-

bientale alla piccola scala in cui il rapportare la nuova edificazione con la preesistenza ha significato la ricomposizione complessiva di un isolato urbano. Per certi versi questa realizzazione è esemplificativa del processo complesso del cosiddetto «restauro urbano» cui si accennava precedentemente, demandato nel caso specifico all'ampliamento di una struttura specializzata, vero punto di accumulazione per l'intera riqualificazione del comparto. Similmente il progetto dell'ospedale di S. Giovanni in Valdarno si pone nei confronti delle preesistenze (in questo caso naturali) in maniera esemplare. L'impianto planimetrico a sviluppo orizzontale si confronta e si rapporta con i caratteri morfologici esistenti del paesaggio: l'argine dell'Arno e il doppio sistema delle colline che delimitano la piana.

È quindi evidente come l'attenzione al contesto sia indispensabile pure per la riorganizzazione selezionata dei percorsi e dei flussi di traffico esterni. Il passaggio e il legame tra morfologia (contesto e spazi esterni) e tipologia (organizzazione degli ambiti spaziali interni) avviene proprio con l'individuazione, all'interno di quest'ultima, di una rete di percorrenza gerarchizzate, vera e propria «struttura» portante e invariabile delle mutevoli esigenze distributive, comunque connesse al sistema esterno dei percorsi. Il tutto mirato alla definizione di quel complesso sistema compositivo che consente di cucire il progetto al proprio contesto conferendo senso reale e non astratto al progetto medesimo. (Fig. 4).

Arch. ALBERTO MANFREDINI
Ing. GIOVANNI MANFREDINI

(1) Cfr.: «Riflessioni a margine della progettazione ospedaliera in Italia», *Parametro* n. 180/90, pp. 78-83).