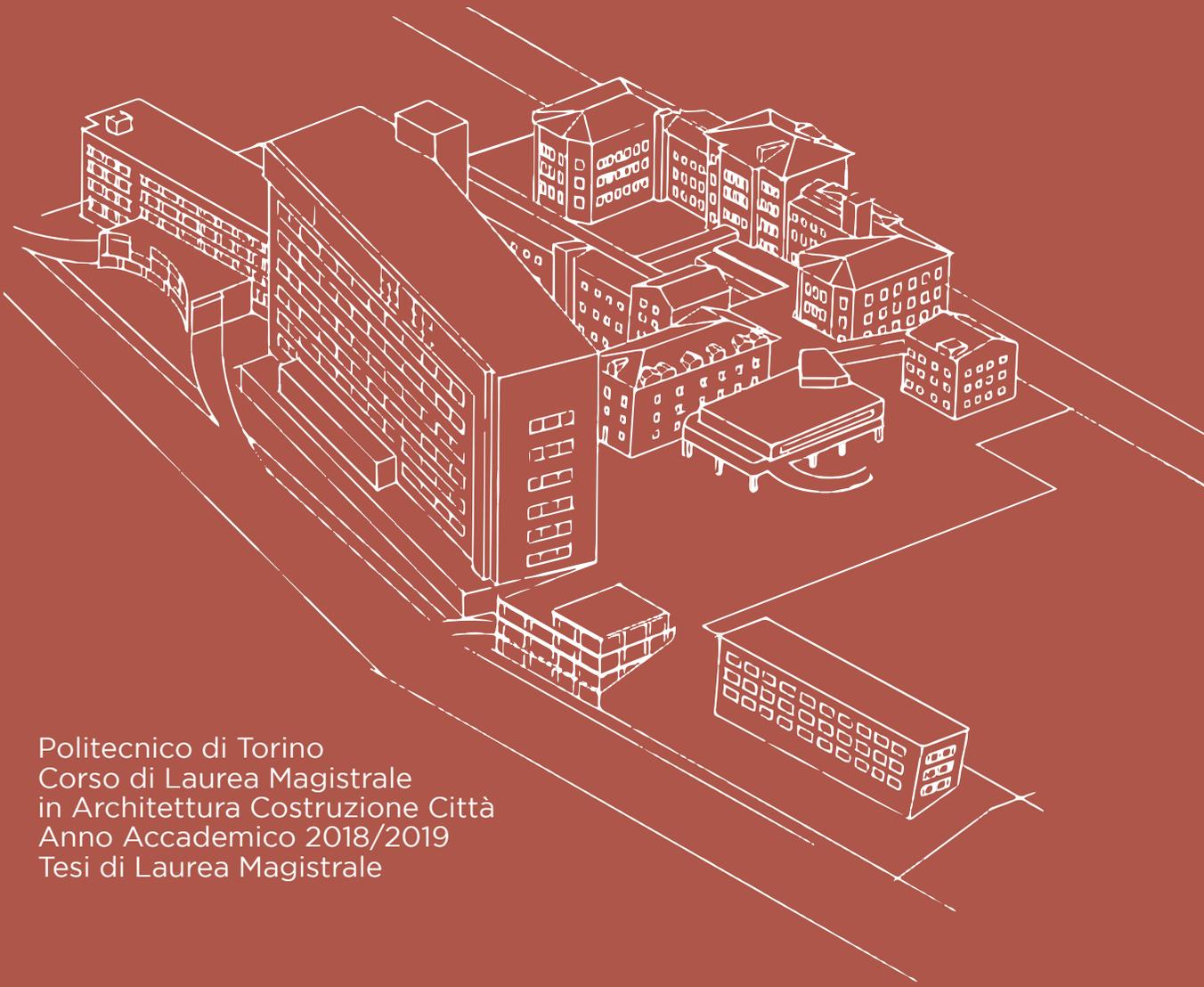


**STRATEGIC CHOICE APPROACH e  
ANALYTIC NETWORK PROCESS**  
per supportare decisioni nell'ambito di  
adaptive reuse di presidi sanitari dismessi.

**Il caso dell'Ospedale Civile di Fermo**

Candidata | **Marta Levantesi**

Relatrice | **Prof.ssa Isabella Maria Lami**



Politecnico di Torino  
Corso di Laurea Magistrale  
in Architettura Costruzione Città  
Anno Accademico 2018/2019  
Tesi di Laurea Magistrale







**STRATEGIC CHOICE APPROACH e  
ANALYTIC NETWORK PROCESS**  
per supportare decisioni nell'ambito di  
adaptive reuse di presidi sanitari dismessi.

**Il caso dell'Ospedale Civile di Fermo**

Candidata | **Marta Levantesi**

Relatrice | **Prof.ssa Isabella Maria Lami**

Tesi di Laurea Magistrale

Politecnico di Torino  
Corso di Laurea Magistrale  
in Architettura Costruzione Città  
Anno Accademico 2018/2019



**POLITECNICO  
DI TORINO**



*A Matilde*



---

## Indice

---

Introduzione	13
01 Adaptive Reuse come strategia di conservazione degli edifici	17
02 I complessi ospedalieri dismessi nel panorama nazionale italiano	25
2.1 L'architettura dell'ospedale	25
2.2 Il sistema Sanitario Nazionale e la crisi economica	27
2.2.1 Il Sistema Sanitario Nazionale	27
2.2.2 La crisi economica e i tagli alla spesa pubblica	30
03 Il caso studio: l'Ospedale civile A. Murri di Fermo	35
3.1 Inquadramento storico e territoriale	35
3.1.1 La città di Fermo	35
3.1.2 Lo sviluppo urbano di Fermo	40
3.2 L'Ospedale di Fermo	44

---

3.2.1 L'ospedale e il contesto urbano	44
3.2.2 L'architettura dell'ospedale	49
3.2.3 L'inquadramento territoriale oggi	54
3.2.4 L'inquadramento fotografico	56
3.3 Il nuovo ospedale San Claudio	62
04 Le opportunità di riuso del complesso ospedaliero	67
4.1 Gli ospedali dismessi nel panorama italiano - Casi studio	67
4.1.1 Caso A   Ex Ospedale Umberto I di Ancona	68
4.1.2 Caso B   Ex Ospedale Morgagni di Forlì	72
4.1.3 Caso C   Ex Ospedale Civile di Gubbio	75
4.1.4 Caso D   Ex Ospedale Santa Croce di Cuneo	78
4.1.5 Caso E   Ex Ospedale San Giovanni Battista di Foligno	81
4.1.6 Caso F   Ex Ospedale Misericordia e Dolce di Prato	84
4.2 Indagini e potenzialità dell'Ospedale Civile "A. Murri" di Fermo	87
4.2.1 Intervista al Direttore Unità Operativa Complessa dell'A.V. 4	88
4.3 Destinazioni d'uso possibili	89
4.3.1 Istruzione - Università, Residenze per studenti, Scuole Superiori	90
4.3.2 Spazi museali e per attività culturali	92
4.3.3 Strutture ricettive per il turismo	93
4.3.4 Uffici e Ambulatori dell'Azienda Sanitaria di Fermo - A.V. 4	95

---

4.3.5 Spazi pubblici e aree verdi	96
05 La metodologia di analisi dei processi decisionali	101
5.1 I Problem Structuring Methods (PSMs)	101
5.1.1 Strategic Choice Approach (SCA)	103
5.2 I Multi-Criteria Decision Analysis (MCDA)	115
5.2.1 Analytic Network Process (ANP)	116
5.3 La combinazione di PSMs e MCDA	121
06 Applicazioni di Strategic Choice Approach al Caso dell'Ospedale di Fermo	125
6.1 Applicazione individuale delle prime due fasi del processo di SCA	126
6.1.1 Shaping mode	126
6.1.2 Designing mode	132
6.2 Applicazione in gruppi delle prime due fasi del processo di SCA	138
6.2.1 Gruppo 1	141
6.2.2 Gruppo 2	142
6.2.3 Gruppo 3	144
6.2.4 Gruppo 4	146
6.2.5 Conclusioni	146
6.3 Conclusioni e confronto tra le diverse applicazioni	149

---

07 Applicazioni di Analytic Network Process al Caso dell’Ospedale di Fermo	151
7.1 La strutturazione del problema e la costruzione del modello	151
7.1.1 Le Alternative	153
7.1.2 Cluster e nodi	156
7.1.3 Il network decisionale	156
7.2 Il confronto a coppie e il questionario	160
7.2.1 Il confronto a coppie	160
7.2.2 I soggetti del questionario	165
7.2.3 L’aggregazione delle risposte	167
7.3 Le supermatrici	169
7.3.1 La supermatrice iniziale	169
7.3.2 La supermatrice pesata	170
7.3.3 La supermatrice limite	171
7.4 I Risultati e le conclusioni	172
7.4.1 La graduatoria finale	173
7.4.2 Conclusioni e commenti	174
08 Conclusioni	177
8.1 La metodologia	180
8.2 L’alternativa favorita	181
8.3 Sviluppi e applicazioni future	184

Allegati	187
1. Applicazione individuale di SCA	187
2. Le domande del questionario	191
3. Le risposte al questionario	196
 Bibliografia	 199



---

## Introduzione

---

La tesi si concentra sul tema dei presidi ospedalieri dismessi, sul loro riuso e valorizzazione. La chiusura e il trasferimento delle attività sono stati conseguenze di leggi nazionali, di decreti e di problematiche legate all'inadeguatezza dell'edificio nel rispondere alle esigenze sanitarie. La Sanità Pubblica deve rispettare standard qualitativi e dettami statali, che spesso prevedono tagli economici per ridurre la spesa pubblica. Inoltre l'ospedale risente notevolmente dell'avanzamento tecnologico e scientifico e in molti casi l'architettura originaria, risalente a volte a secoli precedenti, non riesce a garantire la flessibilità richiesta, portando alla dismissione della struttura.

Tale questione, che coinvolge l'intera nazione italiana, non prevede una linea unica di gestione dei casi dismessi: le decisioni spettano a soggetti direttamente coinvolti con il bene in oggetto. Il riutilizzo di aree ospedaliere dismesse, non seguendo quindi una logica chiara e definita, risulta una tematica complessa. Inoltre i presidi

ospedalieri, costituiti in parte da edifici di grande valore culturale e storico per la città, occupano vere e proprie porzioni di città. Seppur fisicamente inglobata nel tessuto urbano, l'area, per la funzione che ha sempre ospitato, risulta però chiusa in se stessa, emarginata, rispetto al contesto cittadino. L'occasione della dismissione può rappresentare una grande possibilità di riapertura verso la città, progettando una nuova organizzazione che coinvolga la città sia da un punto di vista urbanistico, architettonico, ma anche sociale ed economico. Oltre alla valorizzazione del bene in oggetto, si ha l'opportunità di creare nuovi punti di interesse e di incontro per i cittadini, di riunire parti della città divise, di introdurre nuove funzioni e di incentivare nuovi flussi economici.

Riutilizzare un bene di tale genere non è però un intervento semplice, sia per i costi necessari, sia per i tanti soggetti coinvolti, principalmente pubblici, come l'Azienda Sanitaria, solitamente proprietaria del bene, la Regione, il Comune, la Provincia,

ma anche privati e possibili investitori.

Caso studio, oggetto della tesi, è l'attuale Ospedale Civile di Fermo, capoluogo dell'omonima provincia marchigiana. Il presidio, costruito agli inizi del 1900, ancora funzionante, nei prossimi anni sarà dismesso, con il trasferimento di tutte le funzioni sanitarie in un nuovo presidio fuori città, in costruzione. L'attuale ospedale occupa un'ampia porzione nei pressi del centro storico e la dismissione rappresenta un'occasione per la città di riorganizzare e riutilizzare l'area, collocata in un punto strategico, e gli edifici. Si pone quindi la questione determinante: quale può essere il futuro dell'Ospedale Civile di Fermo? Ad ora non vi sono effettive risposte o previsioni, né piani di riuso. Vi sono però numerosi soggetti coinvolti nelle decisioni, in primis l'Azienda Sanitaria Unica Regionale - Area Vasta 4 di Fermo, proprietaria dell'immobile, e il Comune di Fermo, diretto interessato alla riqualificazione di una porzione del centro storico e allo sviluppo della città.

Con il presente lavoro si propone una strategia di strutturazione del problema, che permetta di ipotizzare validi scenari di adaptive reuse del complesso e di individuare una alternativa preferita tra le possibili. La tesi è articolata secondo un percorso logico e cronologico, che mostra l'intero iter svolto e le fasi del lavoro, che hanno permesso di raggiungere l'obiettivo

fissato.

Il primo capitolo, di natura teorica, illustra brevemente il significato e il valore che l'Adaptive Reuse ha avuto in passato e ha oggi nella tematica della conservazione degli edifici, così da comprendere sia la nuova sfida proposta all'architettura che le regole da rispettare. Il secondo capitolo, invece, affronta la questione della dismissione dei complessi ospedalieri nel panorama nazionale, quindi le cause sia architettoniche che finanziarie, che conducono alla riorganizzazione delle strutture sanitarie. La prima parte introduttiva è necessaria per radicare il lavoro in una realtà più ampia e complessa, permettendo così la valorizzazione dello studio, non svolto su un caso limite, unico nel suo genere, ma su un oggetto rappresentativo di una problematica nazionale. È poi presentato il caso studio dell'Ospedale Civile Augusto Murri di Fermo. Dopo un inquadramento storico e territoriale della città e dell'area in cui si inserisce l'oggetto d'indagine, è stata ripercorsa la storia del presidio, mostrata l'architettura iniziale e le successive fasi costruttive, che ne hanno modificato l'assetto originale. Fotografie e planimetrie aiutano nella comprensione del bene. Segue un capitolo legato alle possibilità di riuso del complesso ospedaliero. Alcuni casi studio nel panorama nazionale mostrano sia le opportunità e le potenzialità delle conversioni delle aree dismesse, che

la complessità e le tempistiche delle decisioni. Tali esempi, affini al caso di Fermo per diversi fattori, sono utili per poter comprendere le numerose possibilità di adaptive reuse di ex complessi sanitari, le difficoltà negli iter decisionali e gli attori coinvolti. A partire dai casi studio, sono state effettuate indagini sulle opportunità di riuso dell'Ospedale di Fermo, con la definizione di destinazioni d'uso possibili. Il lavoro poi prevede l'utilizzo di metodi di supporto all'attività decisionale. Sono così illustrati nel quinto capitolo, di natura teorica, i Problem Structuring Methods (PSMs), in particolare lo Strategic Choice Approach (SCA), e i Multi-Criteria Decision Analysis (MCDA), nello specifico l'Analytic Network Process (ANP). La tesi propone la combinazione dei due metodi: le fasi di shaping mode e di designing mode, derivanti da SCA, per la definizione di scenari possibili; l'ANP per l'individuazione di un'unica soluzione preferita. L'applicazione dell'SCA, esplicitata nel sesto capitolo, è svolta sia in maniera individuale che in gruppo e conduce ad un numero limitato di alternative, che tengono però conto principalmente di aspetti architettonici. L'integrazione di altri fattori determinanti, quali quelli sociali ed economici, è affidata alla seconda parte del percorso, nel capitolo settimo. Attraverso l'ANP e il Software Superdecisions, è stato costruito un questionario che permette

di paragonare le alternative, non escludendo aspetti rilevanti. Per valorizzare il risultato, il questionario è svolto da soggetti qualificati e interessati sia al bene in oggetto, che allo sviluppo della città di Fermo. I risultati permettono di individuare l'alternativa favorita tra le proposte, proponendo uno scenario plausibile per il futuro dell'Ospedale Civile.



# 01

---

## Adaptive Reuse come strategia per la conservazione degli edifici

---

Lavorare sugli edifici esistenti, restaurarli e rinnovarli per un nuovo utilizzo è la nuova sfida creativa nell'architettura. Questo processo di trasformazione è chiamato Adaptive Reuse. Secondo Brooker e Stone (2004), il termine "Adaptive Reuse" - che può avere sinonimi come 'ri-progettazione', 'ristrutturazione' o 'retrofitting' - include che *"la funzione è il cambiamento più ovvio, ma possono essere apportate altre modifiche all'edificio stesso come la distribuzione, l'orientamento, le relazioni tra gli spazi; possono essere costruite delle aggiunte e altre aree possono essere demolite"*. L'Adaptive Reuse risulta una strategia adeguata per la conservazione del patrimonio architettonico e dei beni culturali. L'adattarsi di una architettura esistente ad una nuova funzione non è una novità, ma spesso in passato la trasformazione, mossa da scopi funzionali ed economici, non ha tenuto conto della conservazione del bene esistente. Le prime discussioni in materia di riutilizzo di edifici si hanno nel XIX secolo, quando Viollet-le-Duc [1814-1879]

scriveva del miglior modo per preservare un edificio, fornendo le basi del restauro stilistico: *"il miglior modo di preservare un edificio consiste nel trovare un uso per esso, e quindi nel soddisfare così bene le esigenze dettate da quell'uso che non ci sarà mai più bisogno di apportare ulteriori cambiamenti nell'edificio. [...] In tali circostanze, la cosa migliore da fare è provare a mettersi nei panni dell'architetto originale e cercare di immaginare cosa farebbe se tornasse sulla terra e gli fosse consegnato lo stesso tipo di programma che sono stati dati a noi. Ora, questo tipo di procedimento richiede che il restauratore sia in possesso delle stesse risorse del maestro originale e che proceda come ha fatto il maestro"* (1854). Il restauro stilistico ignorava del tutto il passaggio del tempo sul bene in oggetto nella ricerca di una ideale, seppur storicamente inesistente, unità stilistica.

Tale idea era contestata dai contemporanei anti-restauratori Ruskin [1819-1900] e Morris [1834-1896], più vicini alla conservazione e manutenzione del manufatto.

to: *“il restauro è la distruzione più totale che un edificio possa subire”* (Ruskin, 1849). Per Ruskin l'edificio non aveva valore solo nel momento dello splendore, ma come una vita umana, sia le gioie che le sofferenze ne avevano modificato l'aspetto e mostravano i segni della vita passata. Doveva essere salvaguardata ogni parte, ogni frammento, seppur in declino, e ogni nuova aggiunta era ritenuta un falso, sebbene copia dell'originale, perché priva dello stesso valore. Nel 1877 Morris, che fondò la Società per la Protezione degli Edifici Antichi (Society for the Protection of Ancient Buildings - SPAB), scriveva nel manifesto che *“coloro che devono occuparsi [degli edifici] mettano la Protezione al posto del Restauro e che, se [l'edificio] è diventato scomodo per il suo uso attuale, è necessario costruire un altro edificio piuttosto che modificare o ingrandire quello vecchio, anche perché [...] l'arte moderna non può intervenire senza distruggere”* (1877). Per il movimento anti-restauro l'edificio non doveva essere modificato.

La discussione è stata poi ripresa e riletta da Riegl [1858-1905], della scuola viennese, che definiva causa del conflitto i diversi valori associati dai predecessori ai monumenti, dove per monumento si intende *“nel suo senso più antico e più originale una creazione umana, eretta con lo scopo specifico di mantenere vive le singole azioni o sfoghi umani nelle menti delle ge-*

*nerazioni future”* (1903). Riegl distinse diversi tipi di valori, raggruppandoli come valori di memoria e valori attuali. I valori di memoria comprendono valore d'età, valore storico e valore commemorativo intenzionale, i valori attuali, invece, valore d'uso, valore artistico, valore di novità e valore artistico relativo. Per Riegl *“storico [é] tutto ciò che è stato e non è più; secondo la nozione che ciò che è stato non può essere mai più”* (1903). Nell'età moderna, qualsiasi traccia del passato può costituire valore storico, nel momento in cui costituisce un nesso rilevante con la cultura e con la storia stessa. Il valore d'età è legato invece al passare del tempo, al tempo trascorso. L'edificio, inoltre, incarna valori legati alla vita quotidiana, nello specifico il valore d'uso. In uno stesso monumento possono quindi essere trovati diversi valori, che spesso risultano in conflitto tra loro. Se un edificio ha cessato di avere valore d'uso, il valore d'età può prevalere nella sua conservazione. Nel momento in cui entra in gioco il valore d'uso la situazione risulta più complessa. Secondo Riegl devono essere garantite la sicurezza e la funzionalità, mantenendo e riparando l'edificio, ed eventualmente devono essere attuati dei cambiamenti e dei miglioramenti, trovando il giusto equilibrio tra valore d'uso e valore d'età. Egli affermò però che *“è la contraddizione tra valore di novità e valore d'età il fulcro della controversia sul*

*trattamento dei monumenti*” (1903). Da un lato, i sostenitori del restauro stilistico hanno agito seguendo il valore storico, l’originalità dello stile, e il valore di novità, l’unità dello stile, rimuovendo ogni traccia di deterioramento e ripristinando un’integrità vicina all’originale. Dall’altro lato, i sostenitori dei conservatori, guidati da Ruskin e Morris, ammiravano gli edifici per il loro valore d’età, per il loro decadimento naturale. Riegl, coinvolto più volte nelle decisioni di restauro di edifici, aveva optato per una via centrale rispetto alle due posizioni presenti: una linea di rispetto per il monumento e per la sua storicità, integrata ad un compromesso relativo alle necessità. Rimanendo critico verso i restauri creativi, riconobbe l’adaptive reuse degli edifici storici come parte della conservazione moderna. Il suo approccio risultò però piuttosto teorico e complesso da tradurre nella pratica.

Le prime linee guida concrete per il trattamento di edifici vennero proposte da Boito [1836-1914]. Egli, respingendo sia uno stravolgimento dell’edificio che l’ostentazione della decadenza, in *Questioni pratiche di belle arti. Restauri, concorsi, legislazione, professione, insegnamento*, disse: “*serbar io devo ai vecchi monumenti l’aspetto venerando e pittoresco; e se a scansare aggiunte e complimenti con tutto il buon volere non riesco, fare devo così che ognun discerna essere l’opera mia tutta moderna*” (1893).

Nel trattare un oggetto bisogna fare di tutto per conservarne i valori e l’aspetto e, nel caso fossero indispensabili aggiunte, esse devono essere ben distinguibili dall’opera originale. Boito, inoltre, propose metodi di restauro e riutilizzo dipendenti dalle condizioni dello stesso edificio-monumento, distinguendo tra ‘restauro archeologico’, ‘restauro pittorico’ e ‘restauro architettonico’. Le tre categorie di restauro discendono dalla qualità che prevale nell’oggetto in questione: l’importanza archeologica, l’apparenza pittorica, la bellezza architettonica. Il restauro archeologico prevede la conservazione dei resti e la ricomposizione, nel caso “*quel che manca sia necessario a tenere in sesto quel che c’è, sempre eseguendo le opere in materiali o con metodi diversi dagli antichi*” (Boito, 1893). Il restauro pittorico predilige la conservazione, evitando ricostruzioni. Il restauro architettonico consente la reintegrazione e la sostituzione di intere parti, prestando attenzione al fatto che “*il monumento ha le sue stratificazioni, come la crosta terrestre, e tutte, dalla profondissima alla superficiale, posseggono il loro valore e debbonsi rispettare. Le cose più vecchie sono sempre in generale più vulnerabili e più importanti delle meno vecchie, ma, quando queste appaiono più belle delle altre, bellezza può vincere vecchiaia*” (Boito, 1893). Boito, sempre in *Questioni pratiche di belle arti, restauri, concorsi, legislazione, professione,*

insegnamento - Dialogo Primo, definì di primaria importanza la conoscenza analitica dell'edificio e scrisse le otto regole da rispettare per un buon restauro, tra cui mantenere la differenza tra nuovo e vecchio stile, distinguere i nuovi materiali dai vecchi, mostrare i frammenti o i pezzi rimossi in una esposizione vicina all'edificio stesso, documentare con descrizioni e fotografie il processo di restauro, dall'inizio alla conclusione.

Tali punti chiave, approvati dal III Congresso degli Ingegneri ed Architetti Italiani nel 1883, andarono a costituire la *prima Carta Italiana del Restauro* e vennero presi come riferimento nella scrittura della *Carta di Atene* nel 1931 per la conservazione del patrimonio post-bellico.

Il secondo documento, in termini di adaptive reuse, raccomanda che *l'occupazione degli edifici, che garantisce la continuità della loro vita, dovrebbe essere mantenuta, ma che dovrebbero essere utilizzati per uno scopo che rispetti il loro ruolo storico o artistico*". Dall'altro lato gli architetti modernisti videro la ricostruzione come un'occasione per attuare, anche a scala urbana, le loro idee sperimentali, orientate verso la creazione di una moderna città ideale. Nel quarto congresso CIAM del 1933 riemerse chiaramente la frattura tra restauro e architettura moderna.

Solo dopo il secondo conflitto mondiale, la crescita della consapevolezza del valore

degli edifici esistenti, anche di tipo vernacolare o industriale, iniziò a riavvicinare le due parti e l'adaptive reuse, come metodo vicino alla conservazione, sembrò un'ipotesi interessante sia per gli architetti che per i restauratori. Così a partire dall'elevato numero di edifici bisognosi di conservazione, la *Carta di Venezia* del 1964 riprese il tema, sottolineando nell'Articolo 5 che *“la conservazione dei monumenti è sempre favorita dalla loro utilizzazione in funzioni utili alla società: una tale destinazione è augurabile ma non deve alterare la distribuzione e l'aspetto dell'edificio”*.

Iniziò così un interesse nuovo verso la sfida posta dalle condizioni del XX secolo. L'Adaptive Reuse entrò a far parte dei temi trattati nelle conferenze di architettura e nel maggio del 1972 la rivista *Architectural Review* pubblicò un numero speciale sull'argomento *Nuovi usi per vecchi edifici*, da cui poi un libro nel 1975 di Cantacuzino [1928-2018].

Nel 1976, nel numero di novembre della rivista *Progressive Architecture*, venne pubblicato un articolo dal titolo *Vecchi edifici come palinsesto*, scritto da Machado. Nel testo la questione del riutilizzo di edifici venne affrontato introducendo il

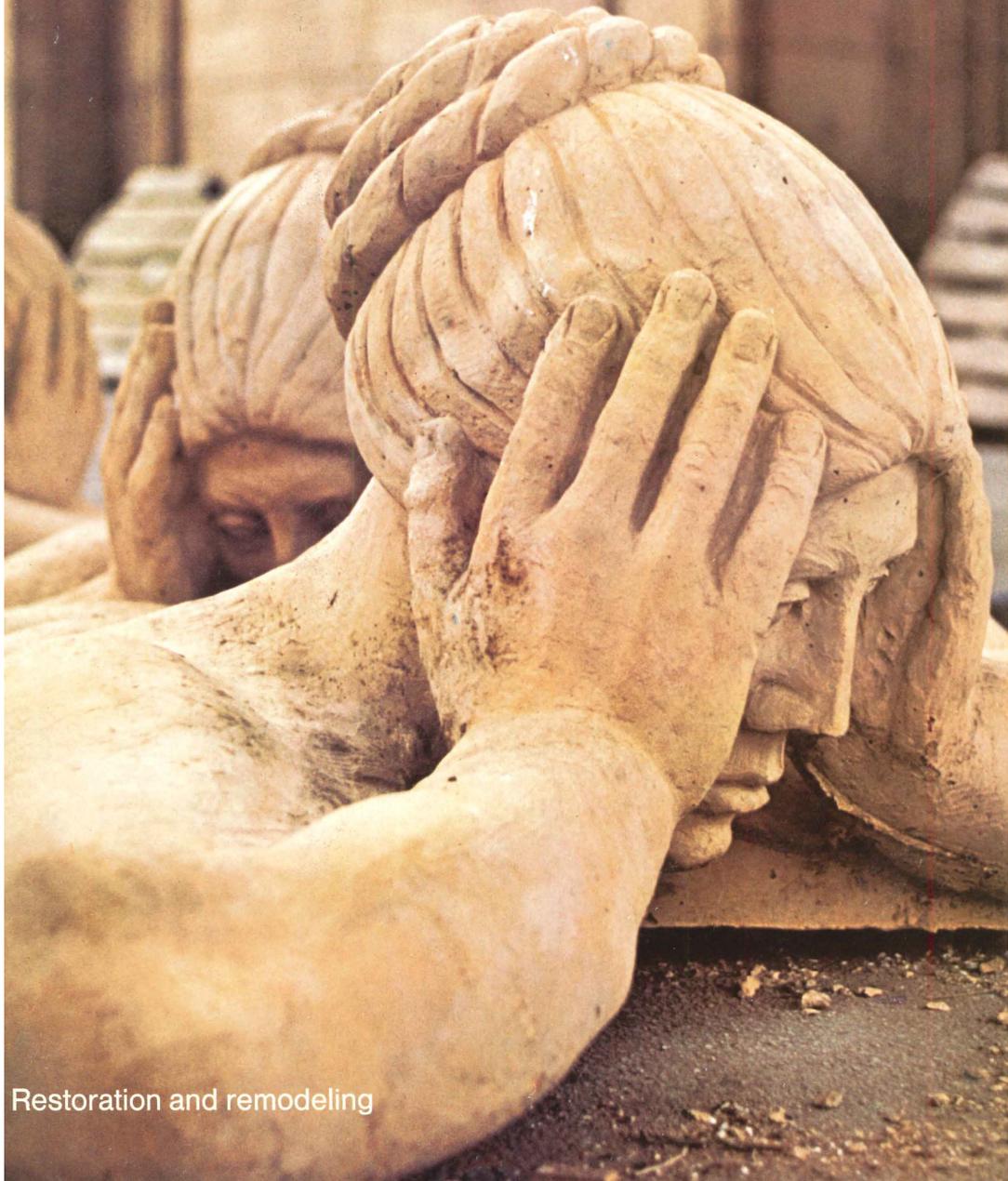
---

**Figura 1** | Copertina della rivista *Progressive Architecture*, novembre 1976

Fonte | [www.usmodernist.org](http://www.usmodernist.org)

# Progressive Architecture

November 1976 A Penton/IPC Reinhold Publication



Restoration and remodeling

concetto di ‘palinsensto’, ripreso dall’Enciclopedia Britannica, secondo cui va inteso come *“raschiato di nuovo, un termine che si riferisce a qualsiasi superficie iscritta da cui un testo è stato rimosso in modo che lo spazio possa essere riutilizzato per un altro. In antichità la parola è stata applicata liberamente a qualsiasi materiale scritto che era stato cancellato e riusato. In epoca tardo classica e medievale la scarsità e il costo della pergamena erano così elevati che fu spesso recuperata dopo che il testo, che era stato iscritto su di esso, cadeva in disuso”*. Sia i disegni architettonici che l’opera architettonica rimodellata possono essere considerati palinsesti, purché letti come testi speciali, caratterizzati dalla giustapposizione e co-presenza di altri testi. Se l’edificio originale è considerato come un primo discorso che condiziona i futuri discorsi formali su di esso, allora il ‘rimodellamento’ può essere concepito come una riscrittura (Machado, 1976). Machado utilizza il termine rimodellamento per riferirsi all’adaptive reuse e, attraverso l’analogia con la scrittura, la sovrapposizione di interventi formali in una forma esistente è visto come un vero atto creativo, rispettoso ma non completamente limitato dall’esistente (Plevoets & Van Cleempoel, 2013). Il tema del riuso iniziò a prendere sempre più spazio e attenzione nel mondo dell’architettura: nel 1977 si svolsero due convegni internazionali, uno a Glasgow,

dal tema *Il vecchio nel nuovo*, e l’altro a Washington DC, su *Vecchia e nuova architettura: connessione nella progettazione*.

Fin da subito fu difficile adottare un approccio univoco al tema e andarono così delineandosi diverse strategie, differenti tra loro per le questioni ritenute basilari. Tra i vari approcci Plevoets e Van Cleempoel ne individuano quattro di rilievo: l’approccio tipologico, l’approccio tecnico, l’approccio programmatico e l’approccio strategico. Il primo segue i principi espressi da Cantacuzino in *Nuovi usi per vecchi edifici*, in cui le pratiche di adaptive reuse partono dalla tipologia dello spazio ospitante, arrivando alle nuove possibili funzioni. Al contrario il secondo approccio prevede l’adattamento degli edifici principalmente secondo aspetti tecnici, come resistenza al fuoco, proprietà acustiche, prestazioni termiche, che garantiscano l’inserimento della nuova funzione. Inoltre forte è l’attenzione alla sostenibilità, coerente con la scelta del riutilizzo, perché le risorse necessarie sono tendenzialmente minori rispetto a quelle per nuove costruzioni. Tuttavia spesso il riuso di strutture storiche complica il raggiungimento di standard sufficienti per vantaggi energetici ed ecologici. Il rischio di tale strategie è quello di trattare lo spazio come un contenitore riadattabile per qualsiasi funzione. In entrambi i due approcci risulta carente l’attenzione verso

la conservazione del patrimonio e dell'unicità dell'edificio ospitante. L'approccio programmatico, seppur implichi, come punto di partenza, la scelta di una specifica funzione o programma e il successivo adattamento dell'edificio, focalizza l'attenzione sulla conservazione delle strutture meno recenti, sul loro carattere autentico e sull'utilità sociale. Secondo l'approccio strategico, la nuova progettazione non dovrebbe avere come esclusivo interesse la forma, ma dovrebbe essere attenta al significato passato, poiché esso fornisce la base per riscrivere le parti future. Infatti è attraverso la comprensione e l'interpretazione del luogo e del contesto, all'interno del quale esiste l'edificio di interesse, che può essere modificato e riattivato uno spazio (Plevoets & Van Cleempoel, 2013). Una struttura esistente è vincolata alla sua impostazione ed ha qualità uniche, da cui bisogna partire per poter portare cambiamenti.

Risulta evidente come nel tempo le argomentazioni, le idee e le pratiche legate all'adaptive reuse siano diventate sempre più sfumate, complesse e, spesso, in contraddizione tra loro. Il tema della conservazione del patrimonio resta di grande attualità e il riutilizzo deve tener conto della sostenibilità ambientale, dell'equilibrio tra nuova e vecchia architettura, del carattere originario e della funzione, che rivitalizzi la struttura.



---

## I complessi ospedalieri dismessi nel panorama nazionale italiano

---

### 2.1 L'architettura dell'ospedale

L'ospedale, definibile come un insieme di locali, di apparecchiature tecniche per diagnosi e cure e di spazi per assistenza e degenza del malato, è uno dei più complessi tra gli edifici per i servizi, con proprie regole e proprie particolarità. Vera porzione di città, una struttura ospedaliera è assimilabile ad una macchina tecnologica, in continua evoluzione, soggetta a trasformazioni con ritmi sempre più accelerati. Negli ultimi decenni, infatti, il rapido sviluppo di tecnologie biologiche e medico-chirurgiche ha reso l'ospedale un organismo articolato sempre in divenire. Anche se ogni zona ha ritmi e velocità di evoluzione diversi, l'esigenza di elasticità e di flessibilità investe l'intera struttura. Un complesso ospedaliero può essere diviso difatti in tre parti, quali la degenza, i servizi di diagnosi e cura e i servizi generali. La prima, destinata all'accoglienza e all'assistenza dei malati, quindi di carattere alberghiero, e la terza, legata ai servizi per il funzionamento della struttura, han-

no tempi di trasformazione lenti rispetto alla seconda zona, comprendente tutti i locali per servizi diagnostici e terapeutici. Quest'ultima, che ospita il maggior numero di strumenti tecnologici, è strettamente legata ai processi di innovazione e necessita continuamente di superfici di espansione: nell'ultimo secolo le superfici destinate alle attività di diagnosi e cura sono passate da 5 mq a 50 mq a posto letto (2003). Per rispondere a tali esigenze di flessibilità, i sistemi strutturali sono progettati secondo griglie dimensionali basate su moduli definiti sia dalle dimensioni degli spazi necessari, sia da una lungimiranza verso le esigenze future. Infatti uno degli accorgimenti più efficaci consiste nella realizzazione di grandi campate, così che l'organismo architettonico possa adattarsi nel tempo alle variazioni.

È fondamentale *“progettare il cambiamento, ovvero un sistema che tolleri le variazioni invece di progettare un oggetto definito, cioè un involucro di murature”* (Rossi Prodi, 1990). Sono di primaria importan-

za i flussi rispetto alle attività stabili, i rapporti tra gli spazi piuttosto che le singole parti. Gli ambienti variano già durante la progettazione e il sistema di contenitori realizzato probabilmente ospiterà funzioni e attività non immaginate.

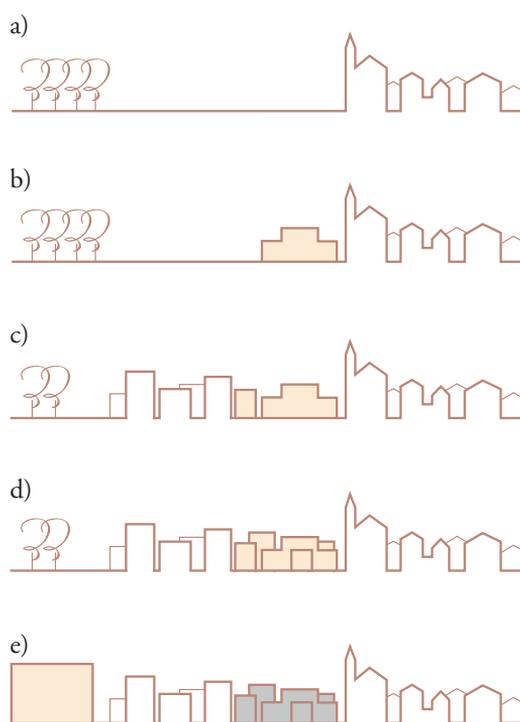
La vera sfida “è disegnare un edificio che ostacoli il meno possibile i cambiamenti di funzioni, invece di sistemare nel miglior modo possibile le funzioni stesse” (Rossi Prodi, 1990).

Purtroppo però spesso la tendenza alla continua evoluzione fa sì che la struttura ospedaliera, progettata senza tener conto della necessaria flessibilità, pur di accogliere le innovazioni terapeutiche e scientifiche, si trasformi in un luogo sempre più obsoleto. Infatti, secondo documenti dell’Organizzazione Mondiale della Sanità, la vita media di un organismo ospedaliero coincide con un periodo di circa 50 anni, mentre l’assetto tecnologico ha variazioni sostanziali ogni 10 anni (2006).

Nel panorama italiano, la maggior parte degli ospedali, costruiti in periodi precedenti al XXI secolo, risente delle richieste di adeguamento e di sviluppo architettonico che spesso, a causa del mancante spazio fisico, hanno portato alla costruzione di volumi randomici e parassitari o al trasferimento della struttura. Raramente le metrature richieste possono essere costruite nei pressi delle aree degli ospedali esistenti, infatti questi ultimi, realizzati quando

le città avevano dimensioni ridotte, oggi risultano in spazi cittadini prossimi al centro storico, limitati da successive costruzioni.

Nel momento in cui la superficie territoriale e le strutture esistenti iniziano a non essere più in grado di rispondere, vengono costruiti nuovi presidi ospedalieri fuori dal centro urbano, in periferia, e dismesse le vecchie strutture.



**Figura 1** | Insiediamento urbano dell’ospedale.

a) La città storica; b) L’ospedale costruito al confine con la città; c) L’espansione urbana a ridosso del presidio ospedaliero; d) La complessa espansione del presidio ospedaliero al centro della nuova città; e) La dismissione del presidio, obsoleto e inadeguato ad ulteriori espansioni, e la costruzione di una nuova struttura fuori città.

## 2.2 Il Sistema Sanitario Nazionale e La Crisi Economica

### 2.2.1 Il Sistema Sanitario Nazionale

Il Sistema Sanitario Nazionale (SSN) venne istituito con la *Legge n. 833 del 23 dicembre 1978*, redatta tenendo conto dei principi di uguaglianza dei cittadini. Essa definisce il Servizio Sanitario Nazionale come il “complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati alla promozione, al mantenimento ed al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l’eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio”. Con la *Legge 833/1978* vennero divisi responsabilità e compiti tra Stato, Regioni e Comuni: il primo si occupava di programmazioni generali e finanziamenti, le seconde di funzioni legislative, di gestione e coordinamento, i terzi avevano la specifica funzione di amministrazione e gestione diretta del territorio, mediante la rete costituita dalle Unità Sanitarie Locali (USL). Una USL è “il complesso dei presidi, degli uffici e dei servizi dei Comuni [...] che assolvono ai compiti del servizio sanitario nazionale.” Il ruolo delle USL e l’intero sistema, in seguito alle criticità emerse, vennero rivisti e modificati con il *decreto legislativo n. 502 del 30 dicem-*

*bre 1992 sul Riordino della disciplina in materia sanitaria*. Infatti le USL vennero ridotte di numero, “prevedendo per ciascuna un ambito territoriale coincidente con quello della provincia” (Art. 4, comma 5 a), D.Lgs. 502/1992), e la loro legislazione affidata alle Regioni, responsabili della qualità delle prestazioni sanitarie, dei finanziamenti e dei disavanzi. Inoltre tale decreto predispose la conversione delle USL in Aziende, dotate “di personalità giuridica pubblica, di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica” (Art. 3, comma 1). Un ulteriore passo per la riorganizzazione del sistema fu quello di individuare “degli ospedali di rilievo nazionale da costituire in Aziende Ospedaliere” (Art. 4, comma 1), autonome rispetto ai presidi ospedalieri gestiti dalle Aziende USL. Tra le Aziende Ospedaliere vennero inclusi i Policlinici Universitari, con la denominazione di AO Universitarie. Venne poi definita la struttura della programmazione sanitaria, ancora valida, sviluppata su più livelli. Lo Stato delibera il Piano Sanitario Nazionale (Art. 1, comma 9 e 10, D.Lgs 502/1992), che stabilisce gli obiettivi da realizzare e i livelli dell’assistenza sanitaria da raggiungere nei tre anni della durata del piano. Le Regioni approvano e seguono il Piano Sanitario Regionale (Art. 1 comma 13, D.Lgs 502/1992), redatto in linea con gli obiet-

tivi nazionali, e impongono alle Aziende USL e alle Aziende Ospedaliere l'adozione del Piano Attuativo Locale.

Il Sistema Sanitario subì nuovamente delle modifiche con il *decreto legislativo n. 229 del 19 giugno 1999*, in cui le AUSL ottennero “personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale [...] e la loro organizzazione e funzionamento disciplinati con atto aziendale di diritto privato, nel rispetto dei principi e criteri stabiliti” dalle leggi regionali (Art. 3, comma 1-bis). Ogni azienda venne inoltre articolata in distretti, le cui attività, coordinate con i servizi aziendali e con i presidi ospedalieri, assicurano “i servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e sociosanitarie” (Art. 3-quarter, comma 2). Negli anni successivi, per garantire l'uniformità dei servizi sanitari su tutto il territorio nazionale, sono stati definiti i Livelli Essenziali di Assistenza (DPCM 29 novembre 2001), di cui lo Stato si poneva garante. Era di fatti necessario che le Regioni garantissero i LEA adeguati ai bisogni, gestendo le risorse disponibili, le prestazioni sanitarie ed eventualmente introducendo delle spese a carico del cittadino. L'Intesa Stato-Regioni istituì così il Comitato permanente di Verifica dei LEA il 23 marzo 2005 e successivamente il Tavolo di verifica degli adempimenti, per il controllo dell'avanzamento dei Piani di Rientro delle Regioni per il riequilibrio delle casse

in materia di servizi sanitari. La maggior parte delle Regioni si configurava come un insieme di Aziende Sanitarie locali a livello provinciale e solo la Regione Valle D'Aosta, la Regione Molise e le Province Autonome di Bolzano e Trento, per la ridotta estensione territoriale, avevano adottato l'Azienda Unica. Esclusivamente la Regione Marche aveva introdotto l'ASUR (Azienda Sanitaria Unica Regionale), articolata in cinque Aree Vaste autonome. Per il periodo 2015-2017 le Regioni hanno però previsto la riduzione del numero di ASL per far fronte a questioni economiche ed organizzative, apportando grandi cambiamenti alla configurazione. Ad esempio, la Regione Veneto dalle 21 ASL del 2016 passa alle 9 del 2017, mentre la Regione Sardegna dalle 8 del 2016 all'Azienda Unica del 2017. Nel 2017 risultano così 101 ASL, a differenza delle 121 dell'anno 2016 (**Figura 3**).

	ASL	AO
<b>1992</b>	659	-
<b>1995</b>	228	82
<b>2000</b>	197	98
<b>2005</b>	180	95
<b>2010</b>	146	90
<b>2016</b>	121	82

**Tabella 1** | ASL e AO in Italia

Regioni - PA	ASL
Abruzzo	4
Basilicata	2
Calabria	5
Campania	7
Emilia-Romagna	8
Friuli-V. G.	5
Lazio	10
Liguria	5
Lombardia	8
Marche	1
Molise	1
Piemonte	12
Puglia	6
Sardegna	1
Sicilia	9
Toscana	3
Umbria	2
Val d'Aosta	1
Veneto	9
PA Bolzano	1
PA Trento	1
<b>Totale</b>	<b>101</b>

**Tabella 2** | ASL nell'anno 2017.

**Figura 2** | Numero di ASL e di Aziende Ospedaliere in Italia dal 1992 al 2016. Nel 1992 le ASL, chiamate ancora USL, Unità Sanitarie Locali, avevano dimensione comunale e le Aziende Ospedaliere non esistevano. Con il D.Lgs. 502/1992, il sistema è riorganizzato in Aziende, con ASL a dimensione provinciale e AO di rilievo, che comprendono anche le Aziende Ospedaliere Universitarie. Il numero di ASL è in continua riduzione.

Fonte | Dati ISTAT e banche dati Ministero della Salute

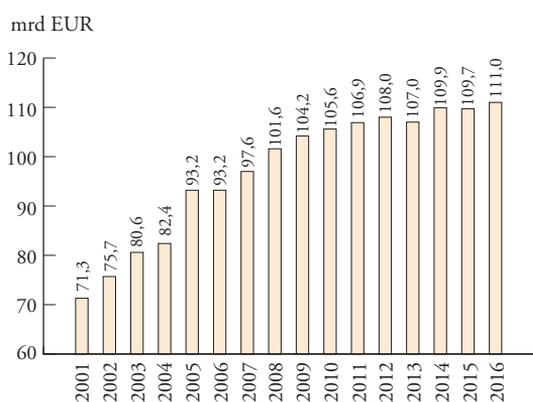
**Figura 3** | ASL nelle Regioni e nelle Province Autonome nell'anno 2017.

Fonte | Banche dati Ministero della Salute 2017

## 2.2.2 La crisi economica e i tagli alla spesa pubblica.

Negli ultimi quindici anni, in seguito alla crisi economica iniziata nel 2008, in Italia si è reso necessario un taglio della spesa pubblica. Uno dei settori maggiormente colpiti è stato quello sanitario. Ogni anno, infatti, più di 100 miliardi di euro sono investiti nella Sanità Nazionale dallo Stato (**Figura 4**), ma una grande percentuale risulta mal gestita o sprecata dalle Regioni e dalle Aziende Sanitarie. Già precedentemente alla crisi economica, nel 2005, alcune Regioni, in accordo con lo Stato, avevano sottoscritto degli accordi, chiamati Piani di Rientro del Disavanzo (PdR), per il raggiungimento di un equilibrio economico-finanziario.

In aggiunta alle difficoltà nell'attuazione



**Figura 4** | Spesa Pubblica per la Sanità

Fonte | Banche dati Ministero della Salute 2016

dei PdR, la crisi economica ha portato ulteriori necessità di revisione del sistema sanitario e di razionalizzazione della spesa, legata alla qualità del servizio erogato. Nel *Decreto Legislativo n. 68 del 6 maggio 2011* viene difatti affermato che “il fabbisogno sanitario nazionale standard [...] [deriva] dalla determinazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA) erogati in condizioni di efficienza ed appropriatezza (Art. 26, comma 1)”.

È però il successivo *Decreto Legge n. 95 del 6 luglio 2012*, convertito in *Legge n. 135 del 7 agosto 2012*, detto anche *Spending Review*, il primo programma di ridimensionamento della spesa pubblica. Oltre alla riduzione delle spese farmaceutiche, la legge, all'Articolo 13, prevede la “riduzione dello standard dei posti letto ospedalieri [...], ad un livello non superiore a 3,7 posti letto per mille abitanti, comprensivi di 0,7 posti letto per mille abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza post-acute”, a differenza dei 4 posti letto per mille abitanti precedentemente stabiliti. Tale obiettivo “è conseguito esclusivamente attraverso la soppressione di unità operative complesse”. È prevista inoltre la verifica “sotto il profilo assistenziale e gestionale, della funzionalità delle piccole strutture ospedaliere pubbliche” e il raggiungimento degli “standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera”. L'intero processo di ri-



**Figura 5** | Posti letto per mille abitanti nelle Regioni e nelle Province Autonome negli anni 2005 e 2015.

Standard Nazionale fissato a 3,7 pl.

Fonte | Dati Ufficio X Siveas, Ministero della Salute, Istat

duzione dei posti letto e di riordino del sistema ospedaliero è avviato con il *Decreto Ministeriale n. 70 del 6 aprile 2015*, che si configura come un regolamento che definisce le modalità e i criteri di azione delle Regioni nella riorganizzazione delle proprie reti sanitarie, in linea con il Patto per la Salute 2014-2016 e nel mantenimento di standard qualitativi prefissati. In particolare, nell'*Allegato 1 del D.M. 70/2015*, uno dei punti prevede che “nell’efficientamento della rete ospedaliera, per le strutture [...] che non raggiungono la soglia dei 60 posti letto, siano favoriti processi di riconversione e/o di fusione”, privilegiando “l’aggregazione in unica sede”. Inoltre sono da “identificare strutture per le quali non sono determinabili condizioni ed interventi nel rispetto dei requisiti [...] e

per le quali si determinano le condizioni per la disattivazione” (Allegato 1, 4.7).

In parallelo lo Stato ha deciso di riorganizzare il servizio “sul modello di rete integrata *hub and spoke*, che prevede la concentrazione della casistica più complessa in un numero limitato di centri (hub), fortemente integrati con i centri periferici (spoke)”. Tale scelta richiede l’adeguamento, il completamento e il potenziamento delle strutture territoriali, riducendo o eliminato l’obsolescenza.

Il sistema ospedaliero nazionale risulta così in una complessa e lunga fase di riordino. Le normative statali, come la riduzione dei posti letto, la valutazione dell’efficienza e della qualità del servizio, l’inadeguatezza delle strutture e l’accorpamento in un’unica sede dei piccoli presidi

territoriali, e le direttive regionali, come i Piani di Rientro delle Regioni, nel rispetto dei LEA, vedono, tra le dirette conseguenze, la conversione, quando possibile, o la dismissione di una parte del patrimonio edilizio sanitario. Infatti, fatta eccezione per alcuni presidi territoriali convertiti in Casa della Salute, centinaia di edifici in tutta Italia risultano parzialmente o del tutto abbandonati e molti in via di dismissione, senza alcuna strategia di riutilizzo da parte delle Aziende Sanitarie o delle Regioni. Basti pensare che considerando esclusivamente il programma di conversione o dismissione per ospedali con meno di 60 pl, previsto dal D.M. 70/2015, 72 piccoli presidi rientrano nei tagli, senza tener conto delle strutture obsolescenti o inefficienti.

La scelta della riqualificazione del patrimonio edilizio spesso non risulta economicamente conveniente, sebbene fin dal 1988, con la *Legge n. 67 dell'11 marzo*, è prevista la “conservazione all’uso pubblico dei beni dismessi, il cui utilizzo è stabilito da ciascuna regione o provincia autonoma” (Art. 20). Solo recentemente, nella *Direttiva Generale per l’attività amministrativa e la gestione*, firmata nel febbraio 2017, nell’ambito del trattamento del patrimonio immobiliare esistente, il Ministero della Salute si esprime in tal modo: “In ultima analisi risulta fondamentale incentivare le aziende sanitarie

alle dismissioni immobiliari, lasciando loro i relativi ricavi, come risorse per l’ammodernamento infrastrutturale e utilizzando l’allocazione per investimenti come matching funds dei ricavi da dismissione e incentivare le aziende ad azioni di innovazione delle forme di gestione del patrimonio i cui risparmi attesi possono essere utilizzati come fonte di investimento di breve periodo per investimenti”.

Non c’è quindi ancora una politica nazionale nella gestione di tali beni, come invece accade per le ex-Caserme, o un fondo nazionale di valorizzazione degli ospedali dismessi. La dismissione e la conseguente gestione degli immobili della Sanità Pubblica sono però questioni che interesseranno sempre più l’Italia e le Regioni. Nei prossimi anni, nel rispettare le normative, nel rispondere all’innovazione crescente e ai bisogni dei cittadini, nel contrastare l’obsolescenza dei luoghi e nel raggiungere una buona qualità assistenziale, sarà inevitabile lo svuotamento e la riorganizzazione di intere parti di città. A conferma si è espresso Maurizio Mauri, presidente del Centro Nazionale per l’Edilizia e la Tecnica Ospedaliera (CNETO), che definisce il 60% delle strutture italiane inadeguate rispetto ai bisogni e troppo vecchie per prestarsi alla nuova medicina. Afferma inoltre l’inutilità delle ristrutturazioni, prediligendo la costruzione di almeno 500 nuovi presidi (2018).





# 03

## Il caso studio: l’Ospedale Civile A. Murri di Fermo

### 3.1 Inquadramento storico e territoriale

#### 3.1.1 La città di Fermo

La città di Fermo, capoluogo dell’omonima provincia marchigiana, è “situata in un colle di aere saluberrimo, di amenità singolare nel cuor del Piceno, presso al seno Adriatico, non lungi dai monti Appennini” (Papa Sisto V 1584). Il suo centro storico, sviluppatosi sul colle Sabulo, ha mantenuto quasi del tutto l’a-



**Figura 1** | La provincia di Fermo, il Comune e gli assi viari.

Fonte | [www.provincia.fermo.it](http://www.provincia.fermo.it)

spetto medievale, con tracce dell’antico insediamento romano, mentre nel corso dei secoli il resto della città si è espansa verso le campagne, le valli e i colli vicini, arrivando all’attuale conformazione ramificata del perimetro urbano.

Dal centro cittadino dipartono tre principali collegamenti che, in un primo momento, connettono la città al territorio comunale e, di conseguenza, la inseriscono nella rete degli assi viari provinciali, che si estendono dal Parco Nazionale dei Monti Sibillini al Mare Adriatico, attraversando zone di interesse regionale e nazionale, come il Distretto Agro-alimentare o il Distretto Calzaturiero (**Figura 1**). Proprio per la posizione della città e per lo stretto legame con l’intero territorio, emergono dati interessanti dalla comparazione tra il comune e la provincia di Fermo.

La Provincia, con una superficie di 826 km<sup>2</sup> e con 174.849 abitanti, comprende 40 comuni, 33 dei quali con una popolazione minore di 5.000 abitanti, e il valore dell’età media risulta di 45,9 anni. Il co-



**Figura 2** | La città di Fermo nel 2015.  
Fonte | Foto Aeree di Villa Nazareth, Fermo

mune di Fermo, di 124 km<sup>2</sup>, risulta il primo comune della provincia per numero di abitanti, con una popolazione di 37.396 e un'età media di 46,3, superiore alla media provinciale. Tra gli abitanti, gli stranieri con cittadinanza non italiana sono 3.694, rappresentando il 9,9% dei residenti (Figura 3).

Essi provengono principalmente dall'Europa (54,7%, di cui il 51% da paesi dell'Est), seguiti dall'Africa (21,3%), dall'Asia (21,1%) e dall'America (2,8%). Considerando la densità abitativa, data la conformazione e la varietà del territorio provinciale, essa risulta più alta nelle

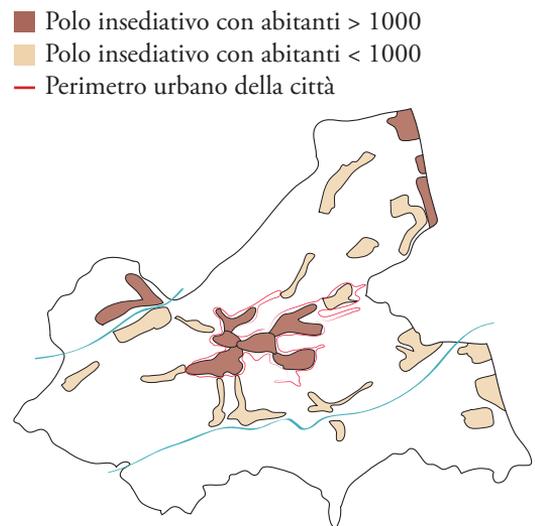
zone costiere, con comuni come quello di Porto San Giorgio con una media di 1.828 ab/km<sup>2</sup>, e sensibilmente minore in zone montuose, come nel comune di Montefortino con una densità di 15 ab/km<sup>2</sup>. In tale prospetto, la città di Fermo assume un valore medio di 300 ab/km<sup>2</sup>, superando la media provinciale di 203 ab/km<sup>2</sup>. Nel territorio comunale, i principali poli insediativi sono quelli prossimi al centro storico, seguiti da aree in corrispondenza delle zone costiere e zone industriali-commerciali. (Figura 4).

	Provincia	Comune
Abitanti	174.849	37.396
Superficie	826 km <sup>2</sup>	124 km <sup>2</sup>
Densità	203 ab/km <sup>2</sup>	300 ab/km <sup>2</sup>
Età media	45,9	46,9
Stranieri	10,2%	9,9%

**Figura 2** | Dati al 1 gennaio 2018

**Figura 3** | Confronto dati Provincia e Comune di Fermo.

Fonte | [www.ugeo.urbistat.com](http://www.ugeo.urbistat.com), Istat 2018



**Figura 4** | Il Comune di Fermo e i principali poli insediativi della città.

Fonte | Comune di Fermo, dati 2016

Spostando l'attenzione sull'analisi del mercato immobiliare, il comune di Fermo è diviso in sedici microzone, tre delle quali risultano interessanti da paragonare, considerando la collocazione geografica del bene oggetto dello studio: la zona del Centro Storico, la fascia perimetrale intorno al Centro Storico e la porzione di territorio ad Ovest del Centro Storico. La prima microzona è caratterizzata da immobili con un grande valore storico-artistico e dai principali luoghi d'interesse turistico e cittadino. La seconda microzona, in parte rilevante per il carattere storico degli edifici, in parte di moderna costruzione, mostra una diversa tipologia edilizia, meno intensiva rispetto alla conformazione medievale del centro storico. La terza area, ad Ovest del centro storico, sviluppata verso la campagna, è caratterizzata da bassa densità edilizia, case o ville isolate intervallate da ampi spazi verdi o coltivabili. Non sono aree esclusivamente residenziali: il centro storico e il l'area perimetrale accolgono infatti musei, monumenti di interesse religioso e sociale, locali commerciali, uffici e servizi primari per la città, mentre l'area ad ovest, prossima all'area industriale, presenta piccole aziende e spazi commerciali. I prezzi medi di vendita variano in relazione all'area considerata e allo stato dell'oggetto. Considerando le abitazioni e le ville in fascia media, nella prima area hanno

una variazione tra 1000€/mq e 2000€/mq, nella seconda tra 950€/mq e 1800€/mq, nella terza tra 900€/mq e 1400€/mq. Analizzando invece gli uffici, sempre in fascia media, i valori sono tra 1200€/mq e 1900€/mq nella prima, tra 1100€/mq e 1700€/mq nella seconda e tra 1100€/mq e 1400€/mq nella più estrema. Tabelle Borsino immobiliare delle tre aree (**Figura 5a, 5b, 5c**).

Le tre aree si distinguono, inoltre, per il turismo, da un lato interessato all'arte, alla cultura e alla storia della zona centrale, dall'altro alle tradizioni, alla natura e alla vita fuori città. La città di Fermo è infatti sia il fulcro di una serie di itinerari tematici, di un vero e proprio museo diffuso, nell'intero territorio provinciale sia un sito di grande valore, che ogni anno attira turisti nazionali ed internazionali. Basti pensare che nell'anno 2017 sono stati registrati nella provincia di Fermo 202.155 arrivi e 1.497.965 presenze totali, di cui circa il 15% di provenienza internazionale.

Fascia Media	€/mq
Abitazioni civili (buono stato)	1.201
Abitazioni civili (ottimo stato)	1.899
Abitazioni econ. (buono stato)	1.027
Abitazioni econ. (ottimo stato)	1.608
Abitazioni signorili (buono stato)	1.240
Abitazioni signorili (ottimo stato)	1.957
Uffici (buono stato)	1.201
Uffici (ottimo stato)	1.899
Centri commerciali (buono stato)	1.162
Magazzini (buono stato)	728
Negozi (ottimo stato)	1.453
<b>5a   Centro Storico</b>	

Fascia Media	€/mq
Abitazioni civili (buono stato)	930
Abitazioni civili (ottimo stato)	1.240
Abitazioni econ. (buono stato)	775
Abitazioni econ. (ottimo stato)	1.046
Ville e Villini (buono stato)	930
Ville e Villini (ottimo stato)	1.240
Uffici (buono stato)	930
Uffici (ottimo stato)	1.240
Capannoni (buono stato)	349
Capannoni (ottimo stato)	426
Centri commerciali (buono stato)	930
Laboratori (buono stato)	697
Magazzini (buono stato)	581
Negozi (ottimo stato)	1.162
<b>5c   Territorio ad Ovest del Centro Storico</b>	

Fascia Media	€/mq
Abitazioni civili (buono stato)	1.124
Abitazioni civili (ottimo stato)	1.705
Abitazioni econ. (buono stato)	949
Abitazioni econ. (ottimo stato)	1.453
Abitazioni signorili (buono stato)	1.162
Abitazioni signorili (ottimo stato)	1.744
Ville e Villini (buono stato)	1.124
Ville e Villini (ottimo stato)	1.705
Uffici (buono stato)	1.124
Uffici (ottimo stato)	1.705
Centri commerciali (buono stato)	1.356
Laboratori (buono stato)	1.027
Magazzini (buono stato)	852
Negozi (ottimo stato)	1.705
<b>5b   Fascia Perimetrale al Centro Storico</b>	

**Figure 5a, 5b, 5c |** Prezzi di vendita di immobili nelle zone del Centro Storico, del Perimetro del Centro e ad Ovest del Centro.

Fonte | Borsino Immobiliare, data 12/10/2018

### 3.1.2 Lo sviluppo urbano di Fermo

L'attuale aspetto della città, grazie alla sua ordinata stratificazione, permette di ripercorrere chiaramente la storia e le fasi di sviluppo urbano. Il primo nucleo abitato, organizzato a roccaforte, risalente ai secoli IX-VII a.C., era collocato sulla sommità del colle. “In età picena e romana, successioni di cinte murarie seguirono gli sviluppi residenziali della città, che da originario villaggio si estese con aggregazioni spontanee lungo i sentieri ripidi delle sue pendici” (Teodori 2001). Nel Medioevo sono state costruite ulteriori cinte murarie e nei secoli successivi non vi sono state espansioni significative della città. Dalla sommità del colle partivano, tagliando i tre contrafforti a nord-est, a sud-est e ad ovest, le direttrici principali di penetrazione: l'asse di porta S. Francesco, di porta S. Caterina, e di porta S. Zenone. A queste porte principali si unirono, in seguito all'ultima cinta muraria, ampliata nel XIII e XIV secolo, gli accessi di S. Marco, S. Antonio, S. Giuliano e S. Lucia. Tali mura medievali, sebbene con numerose porte di accesso, costituirono, e ancora rappresentano, una linea di frattura cittadina: da un lato il centro storico con stratificazioni e valore storico, dall'altro la città recente. Rilevanti opere di sistemazione della città vennero realizzate all'inizio del XVI secolo, a partire dalla riorganizzazione della

Piazza centrale e dalla costruzione del palazzo del Popolo e del palazzo dell'Università, mentre a partire dalla seconda metà del secolo, la città, sottomessa all'autorità del Papa, priva di autonomia politica, vide complessi monastici e strutture assistenziali-religiose completare ed occupare il tessuto urbano.

La città, ben strutturata internamente e immersa nella campagna dominata dall'agricoltura, diventa sempre più un punto di riferimento per il territorio: “il perimetro cittadino concluso e lo scarso peso delle appendici al di fuori delle mura caratterizzano per tutto il Seicento e l'inizio del Settecento questi insediamenti come elementi definiti, corpi isolati nel paesaggio, spazi chiusi in se stessi: stacco netto tra città murata e campagna” (Teodori 2001). L'assetto urbanistico delle città marchigiane risulta, infatti, statico e rigido, e il tessuto urbano, tendenzialmente medievale, resta racchiuso nelle mura. Anche gli stimoli e le innovazioni europee sull'urbanistica dei secoli XVIII e XIX, che in altre aree hanno determinato la riorganizzazione di intere città, non trovarono nelle Marche una diffusa applicazione. Nella città non vennero creati assi direzionali o grandi piazze, ma l'attenzione si rivolse principalmente alle porte di accesso. Esse assumevano il ruolo di veri e propri manufatti celebrativi del decoro cittadino interno. Nei pressi degli accessi al cen-

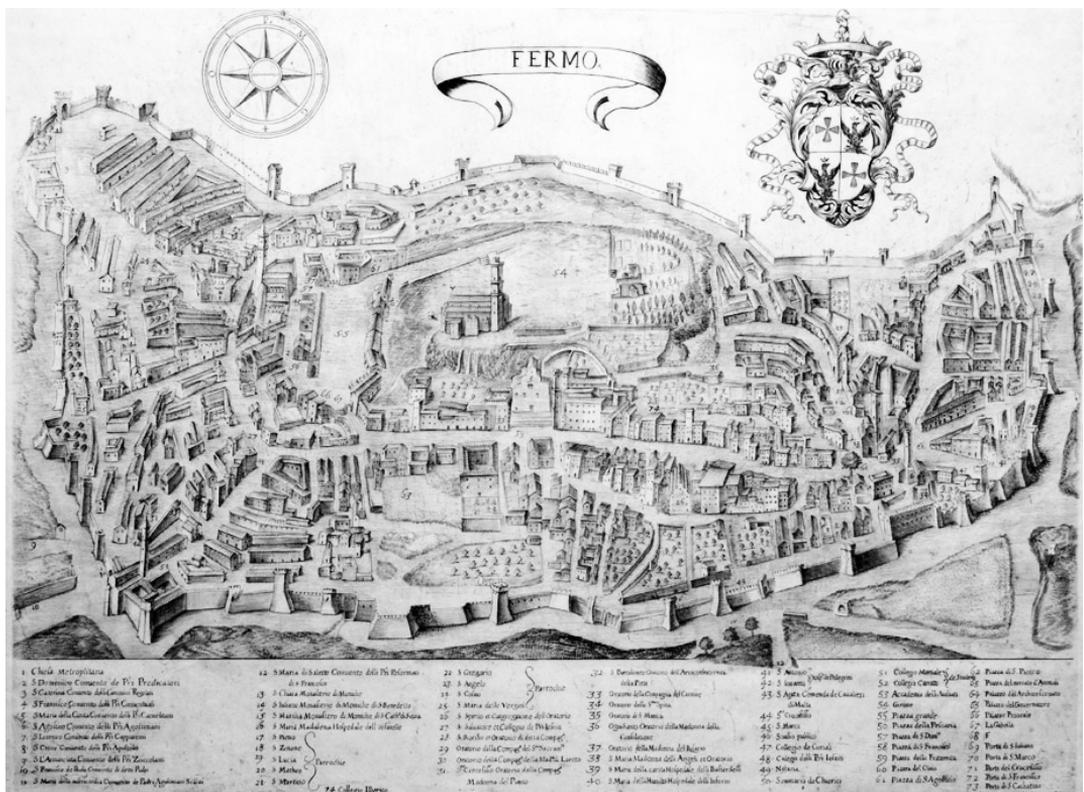


Figura 6 | La città di Fermo, XVII secolo, Stampa.

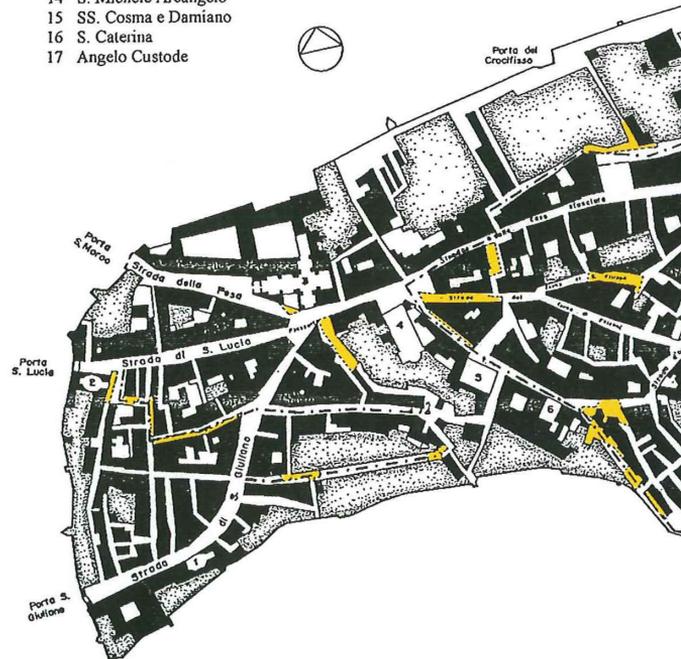
Fonte | Biblioteca Civica Romolo Spezioli, Fermo

tro abitato, a ridosso delle mura, le strade iniziavano ad allargarsi per far posto a mercati, botteghe, laboratori artigianali. Iniziarono così a definirsi dei collegamenti privilegiati tra la città dentro e fuori le mura, che diedero il via alla nuova espansione urbana. Nella città di Fermo la trama viaria, formatasi con i successivi ampliamenti dell'edificato lungo le principali direttrici, risente della formazione spontanea e di origine campestre.

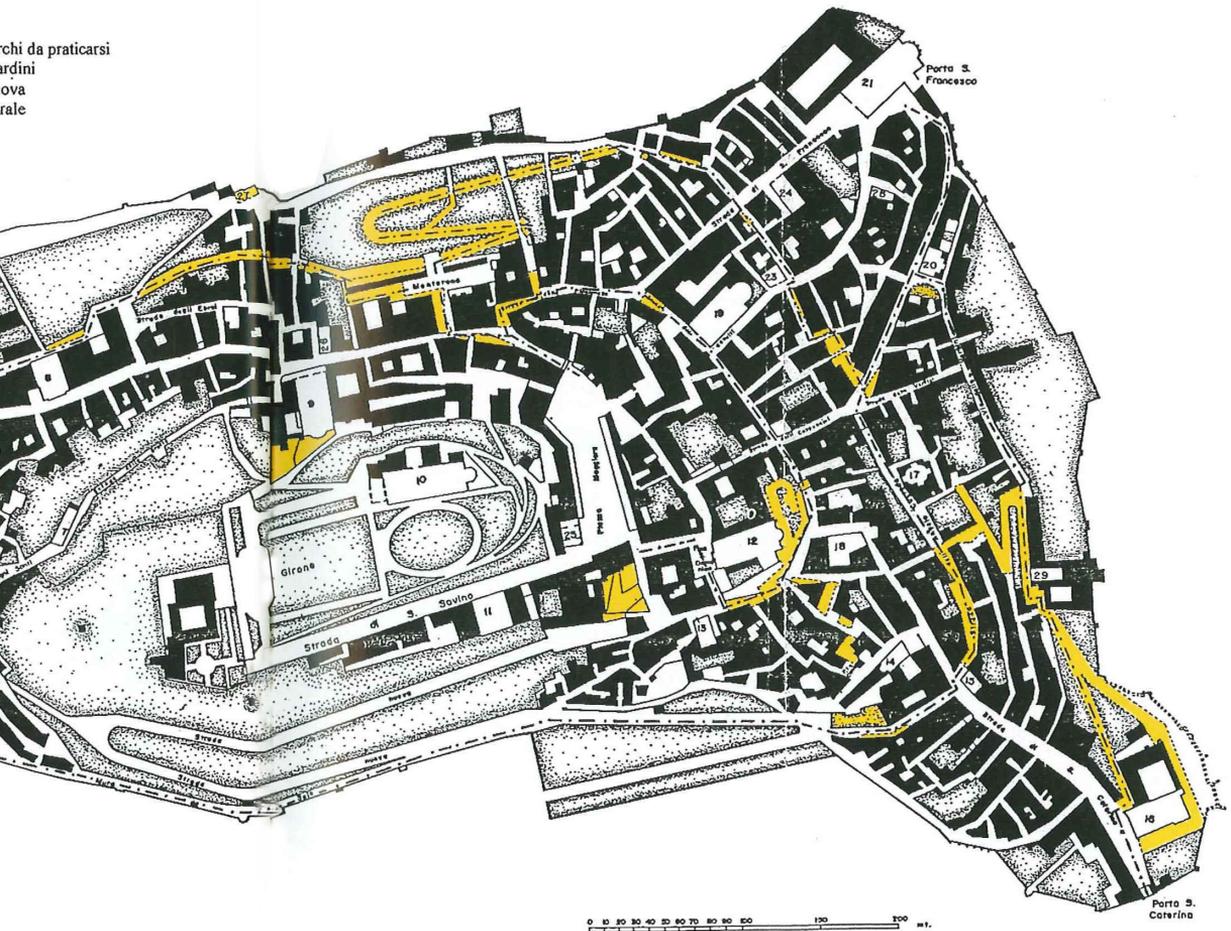
Ulteriori interventi avvennero nei secoli XVIII e XIX, quando significative modifiche infrastrutturali, come la creazione di nuove strade di collegamento con il centro storico e la realizzazione della linea ferroviaria che collegava l'Adriatico all'Appennino (aperta nel 1909 e dismessa nel 1956), furono effettuate, unendo la funzionalità dell'intervento alla valorizzazione della città. Con la perdita del ruolo di capoluogo in seguito all'Unità d'Italia, Fermo visse però un periodo di decadenza urbana e di flessione economica-demografica, che la rese impreparata nel rispondere al "boom" edilizio del dopoguerra. L'inurbamento caotico delle frazioni, le case sparse, la popolazione rurale interessata al centro storico "sono stati motivo di deterioramento dell'antico assetto urbanistico verificabile nei danni arrecati ai valori paesistici ed ambientali delle nuove aggregazioni radiali al nucleo storico" (Teodori 2001).

LEGENDA

- |                         |   |  |
|-------------------------|---|--|
| 1 S. Giuliano           | 18 La Sapienza                          |  |
| 2 S. Lucia              | 19 Il Gesù                              |  |
| 3 S. Agostino           | 20 SS. Vergine del Pianto               |  |
| 4 S. Zenone             | 21 S. Francesco                         |  |
| 5 S. Pietro             | 22 S. Anna                              |  |
| 6 S. Chiara             | 23 S. Martino                           |  |
| 7 Ogni Santi            | 24 S. Marta                             |  |
| 8 S. Filippo            | 25 S. Rocco                             |  |
| 9 Madonna del Carmine   | 26 La Pietà                             |  |
| 10 Cattedrale           | 27 Madonna delle Grazie                 |  |
| 11 Teatro               | 28 SS. Trinità                          |  |
| 12 S. Domenico          | 29 S. Croce (Monastero delle Conitrici) |  |
| 13 S. Gregorio          |   |  |
| 14 S. Michele Arcangelo |   |  |
| 15 SS. Cosma e Damiano  |   |  |
| 16 S. Caterina          |   |  |
| 17 Angelo Custode       |   |  |



chi da praticarsi  
ardini  
ova  
rale



**Figura 7** | Pianta della città di Fermo. Idea generale di un nuovo piano per quale la città sarebbe resa pratica alle carrozze. 1854

Fonte | Teodori V., *Giovan Battista Carducci. Architetto fermano (1806-1878)*, Andrea Livi Editore, Fermo, 2001, Allegato 3c.

### 3.2. L'Ospedale di Fermo

Il primo Ospizio di assistenza interno alla città, rivolto non solo ai pellegrini, ma anche agli infermi e ai poveri, sorse a Fermo nel 1340. Nel 1373, per opera della Confraternita di S. Maria dell'Umiltà, venne convertito in Ospedale per soli infermi. Le inferme erano invece ricoverate nell'Ospedale S. Giovanni Battista. I due Ospizi, affiancati dall'apertura di nuovi lazzaretti e di un nuovo Ospedale Fatebenefratelli nel XVI secolo, raggiunsero ottimi risultati e il valore sociale e umano della loro funzione ne determinarono un prospero sviluppo. Nel 1776, per volere del cardinale fermano Parraciani, i due ospizi vennero uniti in un unico corpo, sostenuto sia dal Governo che da numerosi benefattori. Nel 1837, l'Ospedale ricevette una cospicua donazione da parte di una cittadina che, oltre al proposito di migliorarlo e trasformarlo, chiese l'affidamento della struttura ai Padri Fate Bene Fratelli, che non riuscirono nell'incarico. La Congregazione di Carità nel 1862 si assunse la responsabilità dell'ospedale e nel 1864 lo costituì Ospedale Civile. Dopo il trasferimento in strutture ancora interne alle mura cittadine, nel 1907 la Cassa di Risparmio di Fermo finanziò la costruzione di un nuovo Ospedale Civile fuori dal centro storico, nella zona ad ovest, collegata alla città dall'asse di porta

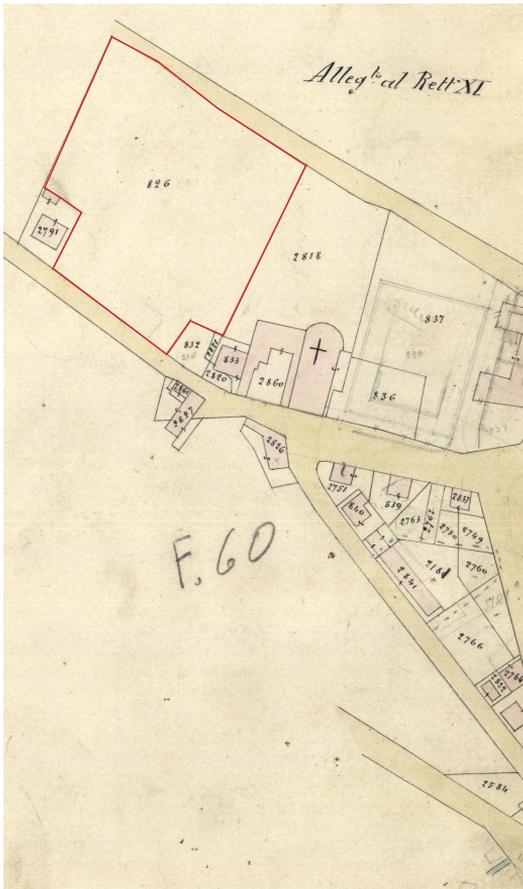
S. Lucia, su progetto dell'Architetto fermano Domenico Perugini.

#### 3.2.1 L'ospedale e il contesto urbano

Il progetto dell'Ospedale ad opera dell'Architetto Domenico Perugini prevedeva l'occupazione di un lotto ad ovest del centro cittadino, fuori le mura, lungo la direttrice che attraversava la porta di S. Lucia. La scelta della collocazione non fu casuale. Difatti tale area, a partire dalla fine del Settecento, divenne un punto nodale per la popolazione: essendo l'unica zona pianeggiante nei pressi della città, risultava adatta per mercati e commerci. Tale interesse aveva portato alla costruzione di nuove case e l'abbellimento di altre. La strada di accesso al centro storico divenne così un asse commerciale privilegiato e nel corso del XIX secolo la porta di S. Lucia acquisì sempre maggiore importanza. Nel 1845 S. Lucia è considerata la porta principale della città e negli anni successivi nella zona prospiciente le mura vennero edificati nuovi complessi di valore e di interesse per la cittadinanza.

Al momento della progettazione dell'Ospedale, nell'area, oltre a piccoli blocchi residenziali, erano presenti l'Opera Pia Montani, la Chiesa della Misericordia e la stazione ferroviaria S. Lucia.

La prima, costruita nel 1854, inizialmente era una scuola per orfani e poveri della



**Figura 8** (sopra) | Aggiornamento 1906 del Catasto Gregoriano del 1883.

**Figura 9** (pagina seguente) | Catasto Città di Fermo, Foglio 60, 1925 ca.

Fonte | Archivio di Stato di Fermo

città, che venivano educati secondo precetti morali e religiosi e formati ad attività pratiche e artigianali. Con l'Unità d'Italia l'Opera venne trasformata in Istituto di Arte e Mestieri e acquistò un sempre più grande valore tecnico. Sulla linea delle tendenze moderne ed europee, la scuola si arricchì di officine e iniziò a formare sia abili artigiani, che ingegneri. Nel 1907 la qualità della formazione fece sì che la struttura diventasse una dei cinque Regi Istituti Tecnici del territorio nazionale. Ancora oggi è scuola di formazione tecnica del fermano e il complesso ospita il Museo dell'Innovazione e della Tecnica Industriale (MITI).

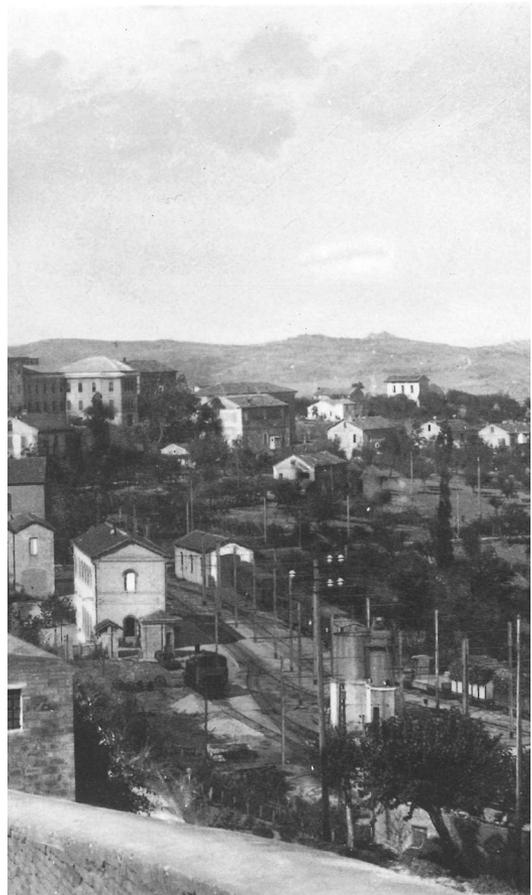
In parallelo all'Istituto, nel 1901 venne eretta la Chiesa della Misericordia, su disegno in stile rinascimentale dell'ingegnere Eugenio Fagioli, con annesso il convento dei Padri Agostiniani Scalzi. La Chiesa fu voluta in memoria di una cappella votiva del 1399, che aveva protetto la città dalla peste. La cappella, in cui si venerava un'immagine della Madonna della Misericordia, venne demolita nel 1532 per costruire il Palazzo dei Governatori. Ulteriore novità che investì l'area fu la realizzazione della Stazione Ferroviaria Santa Lucia nel 1908, chiusa poi nel 1956. La ferrovia Porto San Giorgio-Amandola, che collegava le zone costiere alle zone montane, nella città di Fermo si diramava, arrivando da un lato al capolinea in





prossimità del centro storico (Stazione Fermo Città), dall'altro alla stazione Fermo S. Lucia, per proseguire poi verso gli Appennini.

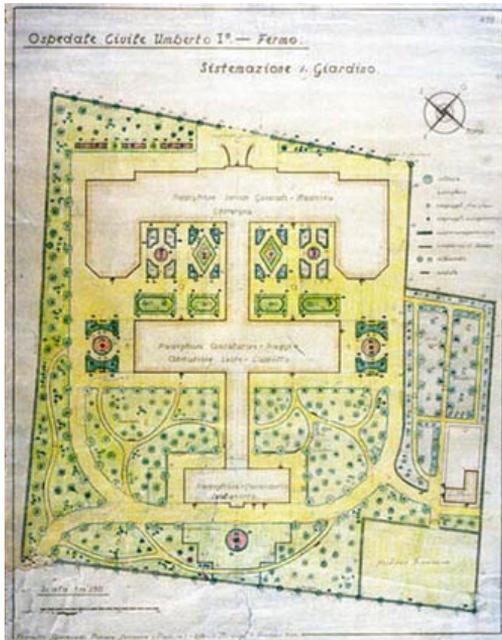
La zona di S. Lucia, denominata successivamente quartiere Misericordia, era a tutti gli effetti un'area in fermento e mostrava segni di grande interesse da parte della città: la scelta di collocarvi il nuovo presidio ospedaliero fu la diretta conseguenza della volontà di dar vita ad un nuovo nucleo di espansione urbana. Già dai primi decenni del 900, ma soprattutto in seguito al boom edilizio, l'intera area venne arricchita da funzioni cittadine e complessi residenziali. Il progetto del 1907 dell'architetto Perugini prevedeva tre padiglioni collegati tra loro, con aree verdi e giardini all'italiana. Nel 1914 iniziò la costruzione. I primi padiglioni vennero realizzati nel 1915, ma solo dopo la Prima Guerra Mondiale, nel 1931 l'Ospedale fu trasferito nella attuale sede di via A. Murri. Nel gennaio 1933 venne inaugurato l'Ospedale Civile "Umberto I", che dal 1946 ad oggi è intitolato ad Augusto Murri.



**Figura 10** | Foto storica con Stazione Fermo Santa Lucia e Ospedale Civile Umberto I sullo sfondo, 1930

Fonte | Ferrari C., *Effemeridi della Città di Fermo*, 1999

### 3.2.2 L'architettura dell'ospedale



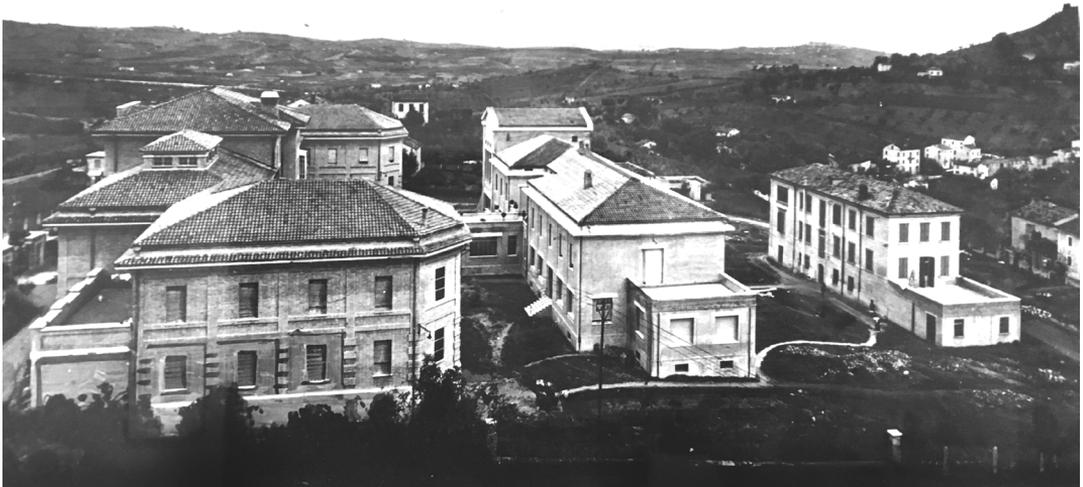
**Figura 11** | Sistemazione del giardino, Ospedale Civile Umberto I, Disegno di progetto, 1907

Fonte | Archivi ASUR Fermo, Area Vasta 4

Il progetto del 1907, finanziato dalla Cassa di Risparmio di Fermo, composto da tre padiglioni e da giardini, nel 1914 vide l'avvio della prima fase di realizzazione. Nel 1915 nel lotto erano presenti il Primo e il Terzo Padiglione, insieme alle fondamenta del Secondo (centrale). Dopo un'interruzione forzata dei lavori dovuta alla Guerra, nel 1929 si riprese la costruzione del padiglione mancante fino al completamento nel 1931. Il 6 gennaio 1933 venne inaugurato l'Ospedale Civile Umberto I: la popolazione poté così am-

mirare l'architettura del nuovo complesso, in linea con la modernità del Novecento, ma rispettoso delle tradizioni. Nel settimanale cattolico *La Voce Delle Marche* del 14 gennaio 1933 è ben descritto il Primo Padiglione: "Il progetto e la costruzione dell'edificio si deve al concittadino Ing. Arch. Domenico Perugini il quale [...] con geniale criterio ha integrato aspetto architettonico e tecnico, congiungendo l'eleganza della linea estetica del complesso interno ed esterno con la ubicazione esatta dei vani adibiti alle varie funzioni. L'Ospedale, che presenta un prospetto ispirato alle forme del verticalismo e a cui il corpo centrale più elevato e le terrazze laterali, a pilastri quasi bugnati, danno un vago movimento, è composto di quattro ambienti. La porta d'ingresso, aperta nel prospetto principale, immette in un bell'atrio, spazialmente intonato con linee novecentiste. Per un'ampia vetrata si entra nel corridoio del piano terreno, dove è sistemato il reparto di medicina; e, dinanzi ad essa incomincia una sontuosa scala, tutta in marmo, che, svolgendosi a tenaglia, conduce ai piani superiori. Il reparto si compone di quaranta vani e si svolge in forma simmetrica nelle due ale, di cui una destinata alla corsia e alle camere per le gli uomini, e l'altra per le donne. [...] Nel primo piano è sistemato il reparto di chirurgia che ha la stessa conformazione del pianterreno. In più vi sono: un'aula, che





**Figura 12a, 12b** (pagina precedente) | Foto Storiche della costruzione del Primo Padiglione

**Figura 13** (pagina precedente) | Foto Storica della costruzione del Secondo Padiglione

**Figura 14** (sopra) | Foto Storica - vista su Fermo

**Figura 15** (sopra) | Foto Storica dei tre padiglioni

**Figura 16** (a sinistra) | Foto Storica del corridoio di connessione tra Primo e Secondo Padiglione

Fonte | Archivio ASUR Fermo, Area Vasta 4

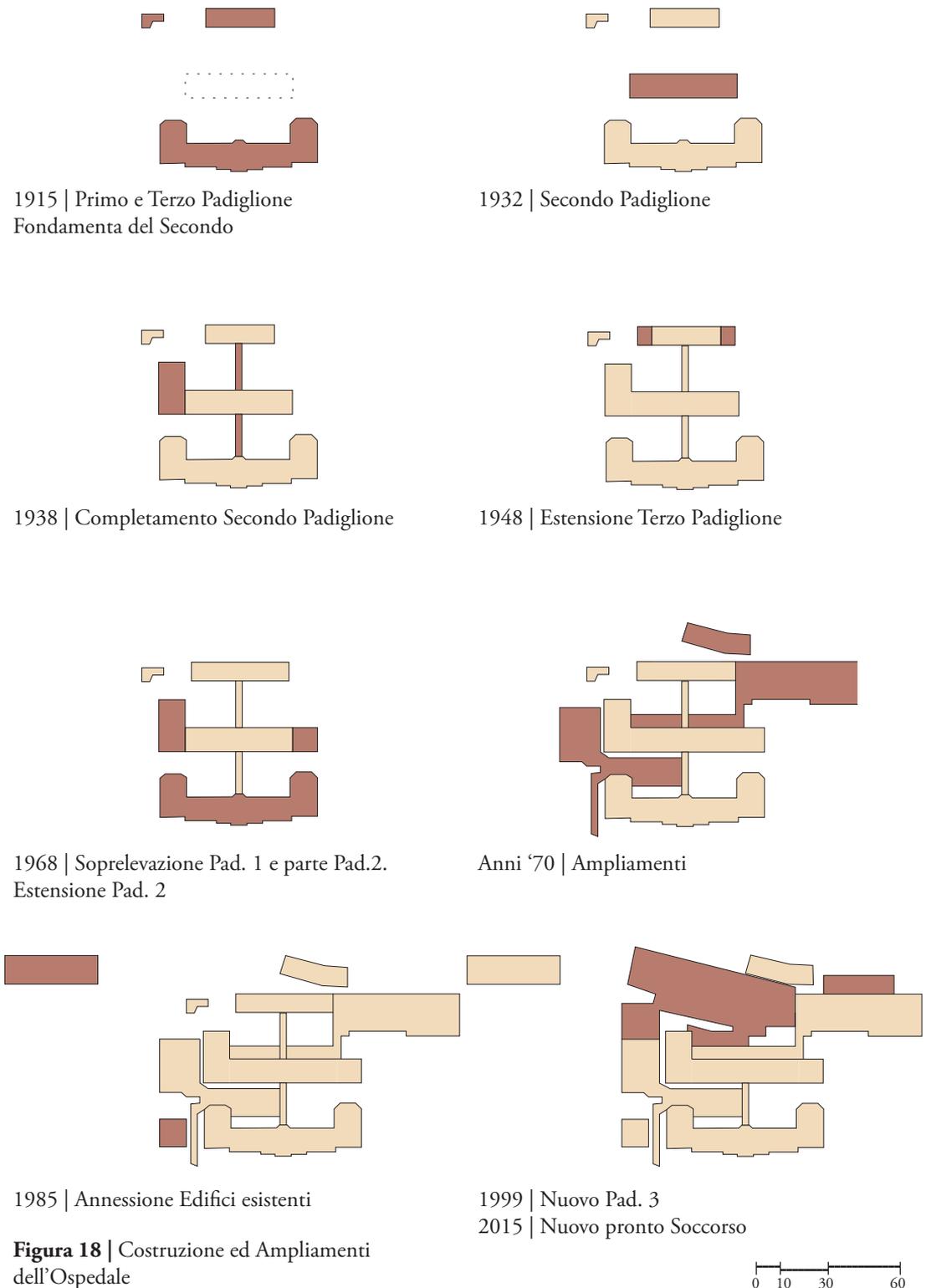
ha un balcone sopra l'ingresso, destinata a biblioteca; le sale di medicazione e il teatro operatorio. [...] Nel piano secondo, composto di dieci vani, vi è l'abitazione delle suore e la Cappellina provvisoria. Ai lati del fabbricato di aprono quattro terrazze, due coperte, ad uso veranda, per i reparti di medicina, due scoperte per il reparto di chirurgia.”

Nel 1946 l'Ospedale Civile venne intitolato al medico Augusto Murri e negli anni successivi, dal 1948, iniziò un vero e proprio processo di espansione e di trasformazione del complesso. Vi furono sopraelevazioni, aggiunte e completamenti fino agli anni '70, momento in cui venne costruita una piastra-servizi di unificazione dei padiglioni esistenti. Negli anni '80 vennero acquisiti e annessi edifici esistenti nei pressi dell'area. Il vero cambiamento avvenne però nel 1994, quando, dopo la demolizione dell'antico terzo padiglione, venne costruito un nuovo blocco, moderno, in netto contrasto con l'architettura esistente e con la città stessa, concluso negli anni 2000. Ulteriori cambiamenti avvennero nell'adeguamento del Pronto Soccorso. Ad oggi, architettonicamente, l'Ospedale risente delle continue annessioni e modifiche e mostra diversi linguaggi stilistici, spesso ben lontani dall'attenzione del progetto iniziale di integrazione tra tecnica ed eleganza, tra modernità e storia.



**Figura 17** | Vista dall'alto dell'area dell'Ospedale A. Murri, anno 2018

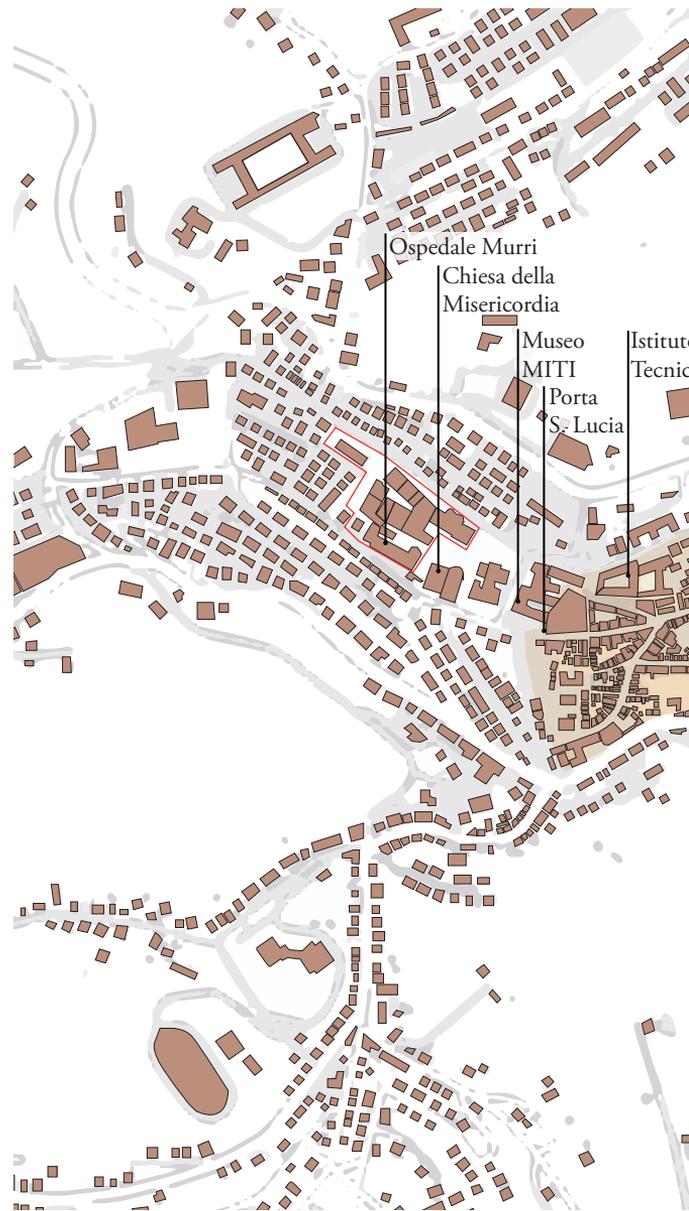
Fonte | GoogleMaps



**Figura 18** | Costruzione ed Ampliamenti dell'Ospedale

### 3.2.3 L'inquadramento territoriale oggi

L'Ospedale Augusto Murri, in seguito all'espansione incontrollata del dopoguerra, si trova all'intero di un tessuto urbano denso, circondato da residenze e piccole attività commerciali, sostenute dalla vicina presenza del presidio. La posizione occupata, se all'inizio del secolo risultava strategica, oggi, in relazione al ruolo che l'Ospedale di Fermo deve svolgere sia a livello comunale, che nel territorio provinciale, è del tutto inadeguata. Immersa nella città, la struttura risente del traffico cittadino, che ne ostacola il rapido raggiungimento. Inoltre, saturata di costruzioni annesse e di continui adeguamenti e rifacimenti, l'area fatica a restare al passo con le nuove tecnologie e nuove espansioni risultano impossibili. Per tale motivo, la Regione Marche in accordo con l'ASUR, Azienda Sanitaria Unica Regionale, ha stanziato dei fondi e dato il via alla realizzazione di un nuovo presidio sanitario, che si concluderà da previsioni nel 2022 con il trasferimento dell'attuale ospedale.

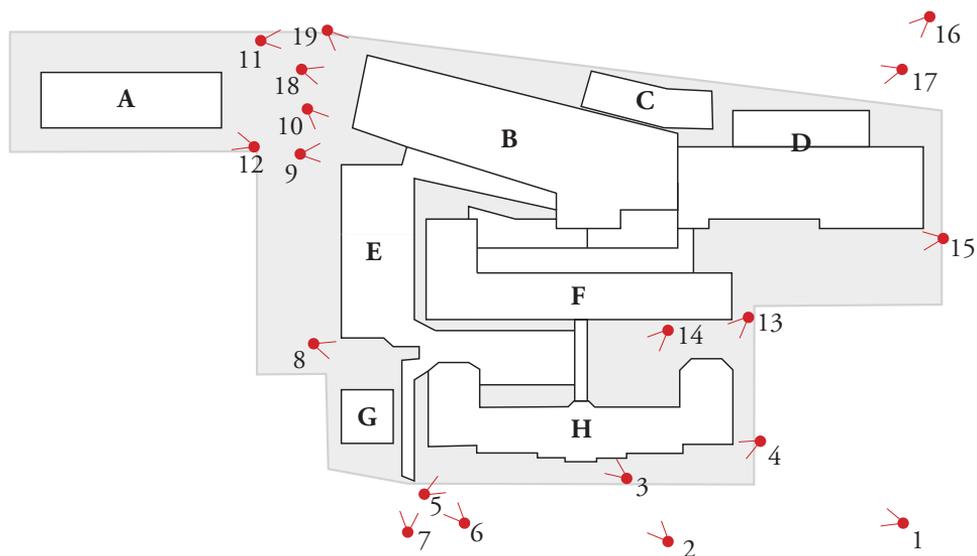


**Figura 19** | Planimetria di Fermo

- Centro Storico
- Area Ospedale Civile



### 3.2.4 L'inquadramento fotografico



**Figura 20** | Planimetria del complesso con riferimenti a foto effettuate durante il sopralluogo 12 gennaio 2019



**Foto 1** | Padiglione storico H



Foto 2 | Padiglione storico H - Facciata



Foto 3 | Padiglione storico H - Ingresso



Foto 4 | Padiglione storico H - Ingresso



Foto 5 | Padiglione storico H



Foto 6 | Ingresso principale - Edificio G



Foto 7 | Ingresso principale - Rampa



Foto 8 | Edifici H e G, rampa d'ingresso E



Foto 9 | Edifici B ed E



Foto 10 | Edificio E



**Foto 11** | Vista sul centro storico di Fermo, a destra gli edifici B, C, D



**Foto 12** | Edificio A con ambulatori



Foto 13 | Padiglione storico H



Foto 14 | Cortile interno - Padiglione storico H



Foto 15 | Edificio D



Foto 16 | Edificio D - Ingresso Pronto Soccorso



Foto 17 | Edifici D e B



Foto 18 | Edificio B



Foto 19 | Edifici D e B

### 3.3 Il nuovo ospedale San Claudio

La scelta di realizzare un nuovo presidio nel territorio fermano rientra nel piano di riordino della rete ospedaliera regionale, a seguito delle disposizioni nazionali in materia di presidi, di standard qualitativi e di organizzazione della sanità pubblica. Difatti è prevista dal SSN un'organizzazione territoriale in Hub & Spoke, dove per HUB si intendono quei centri, presenti in numero limitato, che rispondono alle casistiche più complesse, mentre per SPOKE quelle strutture ospedaliere periferiche che sostengono e integrano, attraverso connessioni funzionali, l'attività degli HUB. Seguendo tale principio, la Regione Marche ha previsto un HUB per ciascuna provincia, programmando costruzioni di nuove strutture, tra cui l'ospedale di Fermo. A partire da tali necessità, nel 2009 è iniziato un iter decisionale, con accordi e concorsi, che ha subito numerosi rallentamenti e arresti, dovuti a cause di tipo economico-finanziaria, come la crisi nazionale, di tipo naturale, come il terremoto del centro Italia del 2016, e di tipo fisiologico, come la necessità di occuparsi in primis della viabilità, fino alla ripresa nel 2017 e all'inizio dei lavori nel 2018. Il 27 aprile 2009 con *deliberazione* n. 696, la Giunta Regionale ha approvato l'accordo di programma con il quale l'ASUR ha

affidato alla Regione Marche la responsabilità della realizzazione della nuova struttura ospedaliera della città. Alla Regione spetta l'acquisizione dell'area, la progettazione e l'esecuzione dell'opera, con impianti e attrezzature per la funzionalità. Un anno dopo, "con la *deliberazione* n. 270 del 09 febbraio 2010, la Giunta Regionale ha individuato in località San Claudio di Campiglione del Comune di Fermo l'area da destinare alla realizzazione della nuova struttura ospedaliera, ed ha stabilito, come procedura da adottare per la scelta del progetto, il concorso di idee in forma anonima a livello europeo. [...] Con la stessa deliberazione la Giunta regionale si è riservata la facoltà di affidare al vincitore del concorso, primo classificato, la redazione dei successivi livelli di progettazione propedeutici all'affidamento dei lavori con procedura negoziata senza pubblicazione del bando, il cui rapporto sarà regolato da apposita convenzione". Nel marzo 2010 è stato indetto il Concorso di idee, conclusosi con la proclamazione del gruppo Studio Arch. Giuseppe Manara & Partners come vincitore. Il progetto, che "disporrà di 329 posti letto, con percorsi diagnostici e terapia, sorgerà su una superficie di 41.439 metri quadrati, di cui 32.049 per la degenza e i servizi sanitari, servita da altri 29.049 metri quadrati di parcheggi". Esso supera il modello tradizionale dell'ospedale,

rigido e gerarchizzato all'interno delle aree specialistiche, privilegiando invece una distribuzione razionale dei posti letto e percorsi diagnostici più lineari. Inoltre, oltre alle soluzioni tecniche



**Figura 21** | Vista del progetto del nuovo Ospedale San Claudio di Campiglione di Fermo.

Fonte | [www.allingegneria.it](http://www.allingegneria.it)



**Figura 22** | Vista del progetto del nuovo Ospedale San Claudio di Campiglione di Fermo.

Fonte | [www.allingegneria.it](http://www.allingegneria.it)

per un ridotto impatto ambientale e un contenuto consumo energetico, il presidio sarà ben integrato nel territorio, con un'altezza massima di tre piani fuori terra. Il vincitore del Concorso di idee con decreto dirigenziale n. 36/ESO del 13/04/2012 ha ottenuto la responsabilità della redazione della progettazione preliminare e definitiva". Il progetto è stato poi approvato nel 2012: il progetto preliminare con il decreto n. 41/ESO del 24/04/2012, il definitivo con il decreto dell'11/05/2012. Secondo il programma la costruzione sarebbe dovuta iniziare nel settembre 2013 e concludersi nel 2017, ma di fatto vi fu un'interruzione dovuta a tagli dei finanziamenti pubblici che mise in discussione l'avvio dell'esecuzione. Nel gennaio 2016 la questione è stata ripresa e la Regione Marche, la Provincia e il Comune di Fermo hanno firmato l'accordo di programma per la realizzazione del nuovo ospedale, nel territorio comunale e l'adeguamento della viabilità di servizio. Con il decreto n. 30/ESO del 24/06/2016 i lavori vennero affidati alla società Carron Spa. Nuovo arresto si ebbe nell'agosto 2016 con il terremoto che ha colpito il centro Italia, che ha richiesto un ingente e improvviso impegno delle finanze statali e regionali nelle opere di recupero e ricostruzione dei luoghi interessati. Nel marzo del 2017 venne di nuovo ripre-

so il tema, con la concretizzazione dell'esproprio da parte del Comune di Fermo dei territori destinati alla nuova costruzione e con la cessione gratuita alla Regione Marche. Nel gennaio 2018, con quasi cinque anni di ritardo, la società Carron Spa ha dato inizio ai lavori, con previsione di concluderli nel 2022.





# 04

---

## Le opportunità di riuso del complesso ospedaliero

---

### 4.1 Gli ospedali dismessi nel panorama italiano - Casi studio

La dismissione delle strutture ospedaliere negli ultimi anni ha interessato tutto il territorio nazionale ed ha condotto, e conduce tuttora, a nuove sfide che coinvolgono più ambiti, da quello urbano, architettonico, a quello sociale e amministrativo. Infatti la dismissione porta con sé il problema della valorizzazione, del riuso e della rifunzionalizzazione dell'area o dell'oggetto in questione. Il fenomeno investe sia piccoli che grandi comuni, poiché, essendo l'assistenza sanitaria un bene di prima necessità, strutture ospedaliere e ambulatori sono distribuiti in tutto il territorio.

Inoltre, l'edificio dismesso spesso si colloca in una zona centrale della città, aumentando da un lato le criticità nella ridefinizione e nel trattamento dello stesso, stimolando dall'altro l'interesse nella riqualificazione dell'area e nello sviluppo della città nel suo insieme. Infatti, gesti-

re un vuoto urbano significa ridisegnare porzioni del tessuto di cui fa parte e trasformare l'area interessata in un nuovo elemento di connessione con la preesistenza. Non esistono soluzioni univoche al problema: gli edifici possono essere parzialmente demoliti, in parte ricostruiti, modificati e riadattati, sempre prestando attenzione al valore e alla storia che essi rappresentano. Di conseguenza anche gli usi possono variare, adattandosi e al contempo richiedendo modifiche, nuovi volumi all'edificio originale. In alcuni casi porzioni poco significative dell'edificato sono state demolite per far riemergere l'impianto storico, trasformando le aree libere in spazi verdi, in altri sono state mantenute e convertite a spazi universitari con la necessità di nuove costruzioni per rispondere alla nuova funzione, in altri ancora l'ex complesso ospedaliero è stato frazionato e affidato ad diverse proprietà per vari usi. I seguenti casi studio mostrano diverse modalità di intervento a livello nazionale in risposta alla questione del ri-

utilizzo dei beni ospedalieri dismessi. Essi sono stati selezionati per diverse affinità con il caso dell'Ospedale Civile di Fermo, oggetto di indagine, e per evidenziare la complessità e la particolarità di ciascun iter decisionale.

#### 4.1.1 Caso A | Ex Ospedale Umberto I di Ancona

### CASO A EX OSPEDALE UMBERTO I

Città | **Ancona**

Popolazione | **100.696**

Area Intervento | **45.547 mq**

(11.991 mq edificati)

Nuovo Uso | **Residenziale + Ambulatori**

Attori |

**Comune di Ancona, Regione Marche,  
Asur Marche, Ospedali Riuniti,  
Costruzioni Santarelli SPA**

Il caso studio A (**Figura 1**) si trova nelle Marche, nella città di Ancona, capoluogo dell'omonima provincia. L'oggetto di 45.547mq, di cui 11.991 mq edificati, si trova in una posizione strategica della città e comprende dodici padiglioni di grandi dimensioni e diciotto piccole strutture. L'impianto a padiglioni risale ai primi del 1900 e la collocazione del presidio ha in-

fluenzato l'assetto e lo sviluppo dell'intera città. L'intero complesso, dismesso a partire dal 2001, appartenente inizialmente all'Azienda Ospedaliera Umberto I, con la nascita nel 2004 dell'Azienda Ospedaliera Universitaria "Ospedali Riuniti" diventa proprietà di quest'ultima. Fin da subito l'AOU, insieme al Comune di Ancona, alla Regione Marche e alla Azienda Sanitaria Regionale, nel 2004 ha messo a tema il "Futuro dell'ex area Ospedaliera Umberto I", con il conseguente avvio del Piano di Recupero da parte del Comune di Ancona nel maggio dello stesso anno. Nel novembre 2004 il Comune incontra la Soprintendenza dei Beni Archeologici e Architettonici delle Marche. Nel 2005 viene approvato il nuovo PRG che prevede il recupero e la rivitalizzazione dell'area, con la previsione di almeno 50% dell'area destinata alla residenza. L'ex ospedale deve assumere, secondo il PRG, il ruolo di cerniera e deve integrare sia fisicamente che funzionalmente l'area dell'Umberto I, il parco del Cardeto e la città consolidata. Difatti l'area di interesse costituisce fisicamente l'elemento di congiunzione tra centro urbano e parco.

Nell'ottobre 2006 la Regione concede il nulla osta per l'alienazioni e vendita dei beni patrimoniali disponibili dell'azienda ospedaliera universitaria "Ospedali Riuniti", tra i quali l'area dismessa dell'Umberto I, tramite asta pubblica. Nel

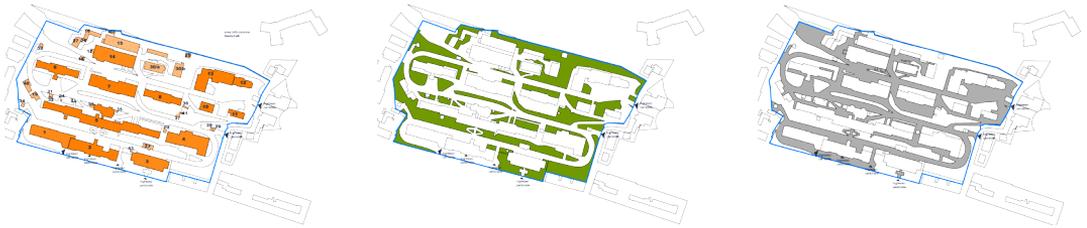


**Figura 1** | Piano di Recupero Ex Ospedale Umberto I - Tavola 3, Analisi esistente, 2011

Fonte | Comune di Ancona

2008 tutti gli edifici, ad eccezione dei due padiglioni a Sud-Ovest dell'area, vengono acquistati dalla Società Costruzioni Santarelli SPA, mentre le aree verdi e non edificate vengono cedute al Comune di Ancona (**Figura 2**). Con il DGM n. 357 del 18/10/2011 il Comune di Ancona approva la Variante al Piano di recupero dell'ex Ospedale con i seguenti obiettivi: “la rifunzionalizzazione dell'ex Area ospedale Umberto I [...] con l'inserimento di funzioni residenziali e servizi a livello urbano e di quartiere: verde pubblico, parcheggi, centro civico di quartiere, strutture sanitarie di base, attrezzature di interesse comune a livello urbano; la valorizzazione del patrimonio storico-architettonico dell'area, attraverso il rispetto dell'impianto e dei caratteri dei padiglioni originari; il consolidamento delle relazioni tra la città e il parco del Cardeto tramite creazione di percorsi pedonali interni all'ambito dell'ospedale e la tutela del sistema del verde esistente.” In sintesi il Piano prevede il recupero, con possibilità di demolizione e ricostruzione, dell'intera area e prevede usi come abitazioni, abitazioni collettive, spazi di interesse comune, come servizi sanitari, per le parti costruite, verde pubblico, parcheggi, percorsi ciclo-pedonali per le aree non edificate. Con tale variante la percentuale di incidenza della residenza passa dal 50% del PRG al 78%.

Dal 2011 sono in corso di realizzazione le residenze da parte di Santarelli Costruzioni e le prime abitazioni nei primi padiglioni recuperati sono disponibili ad affitto o vendita. I padiglioni 1 e 2, in gestione all'ASUR, con un ritardo di due anni per richieste e varianti successive all'approvazione iniziale, nella primavera 2019 dovrebbero essere inaugurati, realizzando una cittadella sanitaria con ampliamento dei servizi per la città. Il padiglione 1 ospiterà il Poliambulatorio, con 54 ambulatori e spazi per riabilitazione, mentre al piano terra sarà allestita una postazione per ambulanza. Nel padiglione 2 saranno collocate funzioni residenziali per anziani e spazi per gli studi di medicina. Tale caso studio è stato scelto per alcuni punti in comune con il caso studio dell'Ospedale Civile di Fermo. La collocazione nella medesima regione Marche permette di osservare le scelte effettuate dall'Azienda Sanitaria Unica, responsabile di tutti i servizi regionali, quindi anche del presidio di Fermo. Inoltre l'ex ospedale Umberto I, come il Murri di Fermo, occupa una posizione strategica nella città e risulta un'occasione di restituzione alla città di aree precedentemente occupate da funzioni “estrane alla quotidianità”.



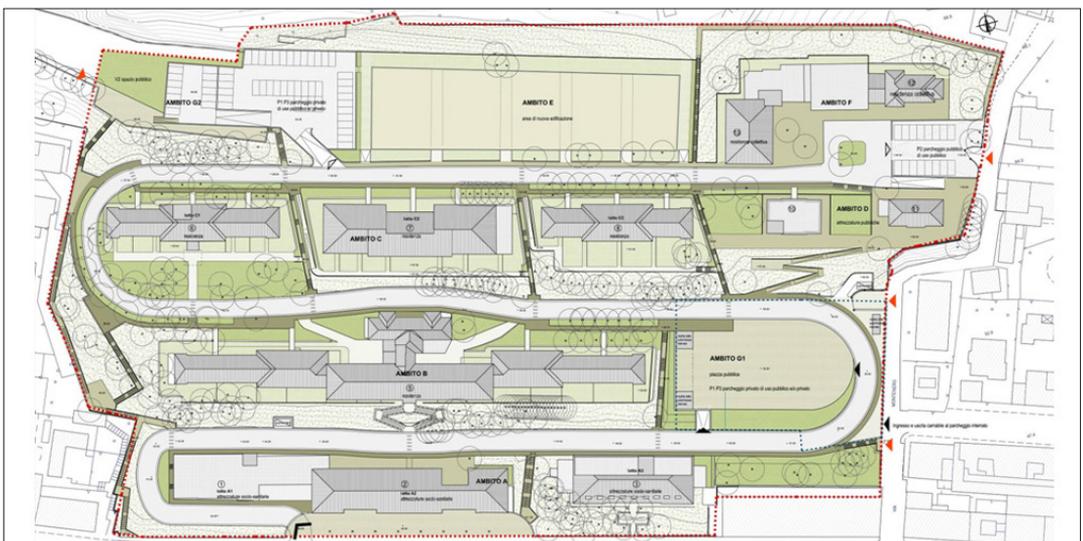
**Figura 2** | Il complesso. Area coperta | Area permeabile | Area viabilità - Tavola 3

Fonte | Comune di Ancona



**Figura 3** | Vista dell'Ex Ospedale Umberto I

Fonte | [www.archisal.it](http://www.archisal.it)



**Figura 4** | Progetto Ex Ospedale Umberto I

Fonte | [www.archisal.it](http://www.archisal.it)

#### 4.1.2 Caso B | Ex Ospedale Morgagni di Forlì

### CASO B EX OSPEDALE MORGAGNI

Città | **Forlì**

Popolazione | **117.946**

Area Intervento | **22.600 mq**

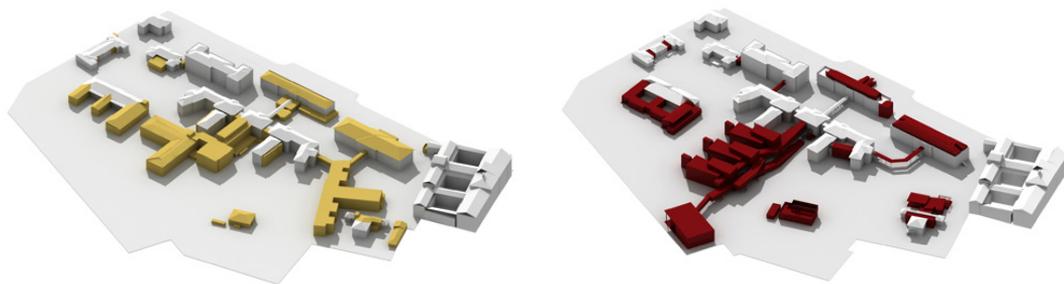
Nuovo Uso | **Campus Università di Bologna**

Attori |

**Comune di Forlì, AUSL, Regione Emilia Romagna, Ministero Istruzione, Università di Bologna, Hera, Seriner**

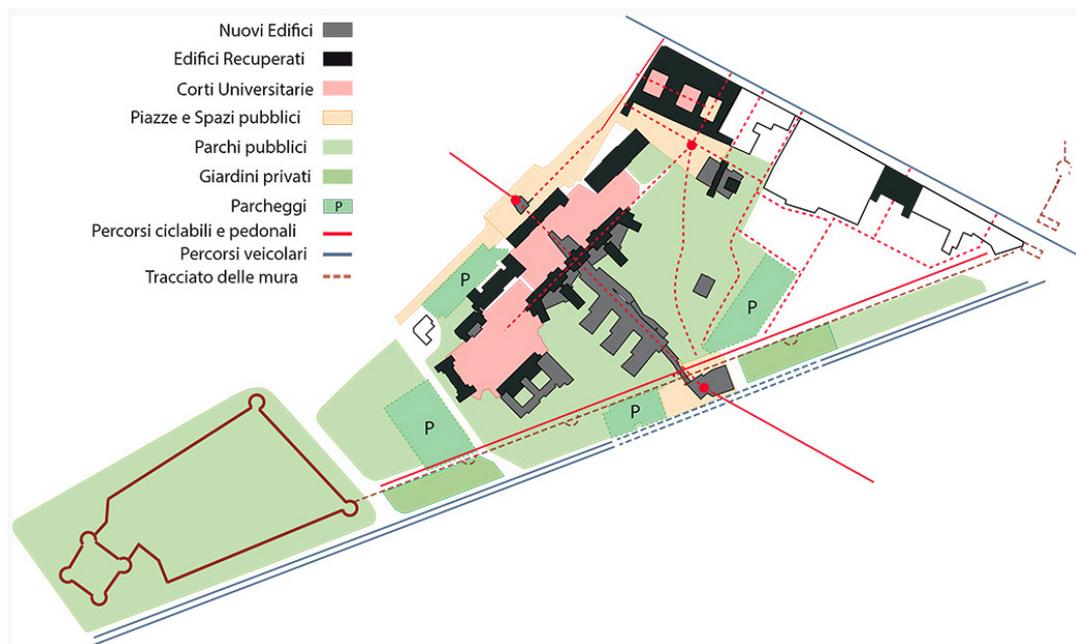
Il complesso dell'ex ospedale, inizialmente intitolato ad Aurelio Saffi, risale al 1907 ed è costituito da sette corpi di fabbrica in mattoni. Dopo l'inaugurazione nel 1915, nel 1921 venne intitolato a Giovan Battista Morgagni e negli anni Trenta del Novecento, dati l'aumento della popolazione e l'incremento delle nascite, il presidio venne ulteriormente ampliato. Già "negli anni Settanta l'Ospedale non era più in grado di soddisfare in modo appropriato l'incalzante domanda di prestazioni per la sua localizzazione interna al centro storico, difficilmente sostenibile dal punto di vista funzionale; inoltre l'insufficienza di aree libere all'interno del recinto

ospedaliero non consentiva di programmare ulteriori ampliamenti." Dal 1973 iniziò così il trasferimento dei reparti in una nuova area, fino al 2004, quando l'ospedale venne definitivamente dismesso. In contemporanea al trasferimento, nel 1998, il Comune di Forlì, effettivo proprietario del bene, indisse un Concorso internazionale per la riconversione dell'area in Campus universitario, vinto nel 2000 dagli architetti Lamberto Rossi Associati. Il Comune di Forlì definisce il Campus universitario "come una grande cerniera urbana con la duplice funzione di *ponte* tra centro storico e città moderna." Il problema legato alla conversione assume sia un carattere architettonico, per il valore degli edifici, che urbanistico, proprio per la posizione strategica occupata dal presidio, in un ampio parco al confine tra nucleo storico ed espansione del XX secolo. Il progetto prevedeva di fatto il mantenimento di parti del vecchio ospedale e la realizzazione di nuovi blocchi, connessi da percorsi di distribuzione (**Figure 5,6,7**). Nel 2003 furono stipulati un Accordo di Programma tra Stato, Regione Emilia-Romagna e Comune di Forlì e un Accordo per definire interventi diretti sul bene da parte del Comune e dell'Università di Bologna. Nello stesso anno venne firmato un Protocollo di Intesa tra Comune e AUSL: quest'ultima, che aveva utilizzato l'area, ebbe la responsabilità dei costi di



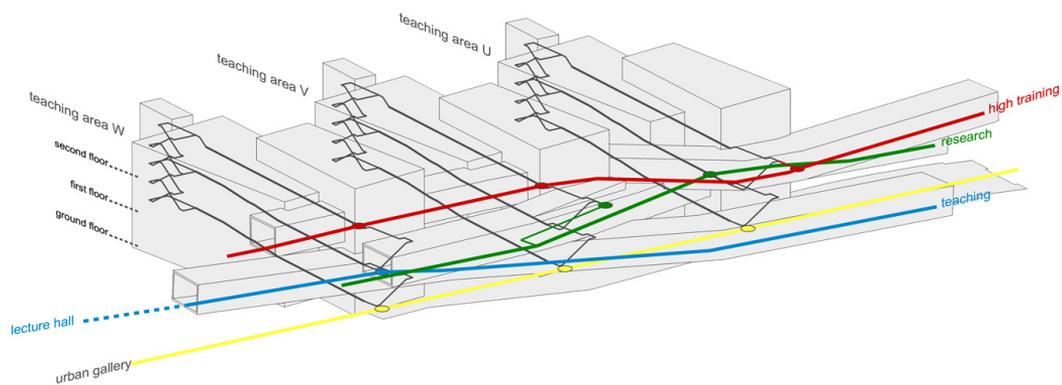
**Figura 5** | Demolizioni e Costruzioni

Fonte | [www.lr-a.eu](http://www.lr-a.eu)



**Figura 6** | Il progetto del Campus Universitario - Planimetria

Fonte | [www.cultura.comune.forli.fc.it](http://www.cultura.comune.forli.fc.it)



**Figura 7** | Il progetto del Campus Universitario - Distribuzione

Fonte | [www.architetti.com](http://www.architetti.com)

bonifica, che iniziò già nel 2003 nei primi padiglioni dismessi.

La conversione dell'area venne inserita nel Progetto Centro Storico, che ha "l'obiettivo di definire le soluzioni progettuali integrate per la valorizzazione e rivitalizzazione dei luoghi e delle risorse locali che sono presenti nel nucleo centrale di Forlì." Nel Bilancio Sociale di Mandato 2004-2009, il riutilizzo dell'area come Campus universitario ha tale descrizione: "realizzazione di un grande complesso in grado di accogliere 10.000 studenti e mettere a disposizione attrezzature e servizi qualificati."

Nel 2005 venne approvata la Variante al Piano Urbanistico sui lavori di riqualificazione dell'area ex Ospedale Morgagni e nel 2007 vennero inaugurati i primi padiglioni e concessa la gestione dell'area all'Università di Bologna.

Nel periodo 2009-2010 seguirono demolizioni, adeguamenti infrastrutturali e realizzazioni di nuove aule di didattica, della mensa, ad opera del Comune di Forlì. In contemporanea venne costruita una ENERGY HOUSE ad opera di HERA e i padiglioni della direzione vennero recuperati ed adeguati da SERINAR, società che promuove e sostiene le attività dell'Università di Bologna nella provincia di Forlì-Cesena. Il cantiere del Campus si concluse definitivamente nel 2014 con l'inaugurazione di tutti gli spazi. L'area si

costituisce come un nuovo sistema aperto tra due parti di città, con attraversamenti e spazi di sosta.

Il caso studio è stato scelto per alcuni punti in comune con il caso studio dell'Ospedale Civile di Fermo. La collocazione strategica del presidio, al confine tra città storica ed espansioni recenti, permette di confrontare i due casi, che inoltre sono simili per la metratura dell'intervento. Interessante è aver conferito all'area, inizialmente chiusa in se stessa, un ruolo sia di passaggio e di collegamento, che di sosta, all'interno della città di Forlì. La scelta della funzione universitaria integrata ad un parco urbano permette l'integrazione tra studenti e cittadini, assegnando all'intervento anche un valore sociale.

### 4.1.3 Caso C | Ex Ospedale Civile di Gubbio

#### CASO C EX OSPEDALE CIVILE

Città | **Gubbio**

Popolazione | **31.939**

Area Intervento | **22.600 mq**

Nuovo Uso | **Casa della Salute e Uffici Comunali (Spazi residui per Associazioni Culturali)**

Attori |

**Comune di Gubbio, Azienda USL**

**Umbria 1, Regione Umbria,**

**Soprintendenza, ATER Umbria**

Il presidio ospedaliero di Gubbio (**Figura 8**), considerato come terzo caso studio, si trova nell'attuale centro storico di Gubbio, in prossimità di luoghi di interesse, come il Museo Civico di Palazzo dei Consoli, il Museo di Palazzo Ducale. Si affaccia ad Est su un'ampia area pubblica trattata a verde e ad Ovest sull'area archeologica eugubina, che ospita al suo interno un Teatro di epoca Romana. La struttura, di proprietà dell'ex ASL1, ha ospitato le funzioni ospedaliere della città fino al 2008, quando le attività vennero trasferite definitivamente nel nuovo presidio fuori città. Solo alcune porzioni dell'edificio vennero mantenute per atti-

vità socio-sanitarie. Nel 2011, la struttura venne inserita nel PUC2, Programma Urbano Complesso, in seguito ad un Accordo di Programma tra Regione Umbria, Comune di Gubbio, ex ASL 1 e ATER Umbria, Azienda Territoriale per l'Edilizia Residenziale. Il PUC2 prevedeva la vendita di una porzione del complesso al Comune di Gubbio, la cessione di un'ulteriore ala ad ATER per la costruzione di 16 alloggi e la realizzazione nello spazio residuo di una Città della Salute a carico della ASL 1. Nello stesso anno la Regione Umbria stanziò 3.000.000 € per la realizzazione della Città della Salute e si tentò di sfruttare i fondi europei, partecipando al progetto POR FESR 2007-2013. Nel 2012 l'AUSL Umbria 1 subentrò all'ASL 1, che divenne proprietaria del bene. Successivamente l'ATER Umbria rinunciò all'Accordo di Programma e il Comune di Gubbio si trovò impossibilitato a portare a termine di impegni previsti nel PUC2. L'anno successivo, la Regione confermò comunque la disponibilità dell'importo precedente stabilito per la realizzazione della Città della Salute. Nel 2014, in seguito al terremoto del 2013, parte degli edifici comunali, non adeguati sismicamente, furono dichiarati inagibili e, attraverso il comodato d'uso gratuito, nella struttura dell'ex Ospedale Civile alcuni spazi furono occupati dal Uffici del Comune. Nel 2014, con deliberazione

n.61 del Consiglio Comunale di Gubbio, si manifestò la volontà dell'Amministrazione comunale di acquistare la porzione del complesso immobiliare che non sarà utilizzata dalla AUSL, permettendo così la realizzazione di una sede unica per gli uffici. Nel successivo Piano di Valorizzazione del 2014 redatto dall'AUSL Umbria 1, venne suddiviso il complesso: 4.731 mq in uso alla AUSL (**Figura 9**), 4.570 mq da alienare e 145 mq da locare. Così, nel 2015 la Giunta Regionale approva lo Schema del Protocollo di Intesa tra Regione Umbria, Comune di Gubbio e AUSL Umbria 1, modificando il PUC2 e inserendo il riutilizzo dell'ex Ospedale Civile nel progetto "Nova Civitas". Negli anni successivi vennero approvati i progetti di adeguamento e ristrutturazione del plesso in uso ad AUSL, venne finanziato il Comune di Gubbio dalla Regione Umbria per acquisto e adeguamento degli immobili previsti e autorizzato l'intervento da parte della Soprintendenza. L'intero processo ha attraversato nel 2017 continue fasi di stallo ed attualmente si attende il definitivo avvio dei lavori. Il complesso risulterà così diviso: la Città della Salute (4.731 mq) di proprietà della AUSL, 4.570 mq di proprietà del Comune di Gubbio e 145 mq destinati ad Associazioni Culturali.

Il caso studio considerato, sebbene occupi un'area di dimensioni inferiori, rispetto al

caso dell'ospedale Murri di Fermo, è paragonabile in primis per la conformazione della città, per il numero di abitanti e per le collocazioni strategiche dell'edificio oggetto di recupero. Difatti la cittadina di Gubbio, di grande valore storico, nonostante piccole espansioni territoriali, è rimasta piuttosto concentrata nei pressi del nucleo storico. L'ex Ospedale Civile, risalente al '700, è un segno storico rilevante ed architettonicamente significativo per la città: da qui tutto l'interesse nel provvedere ad un riuso del complesso. Le nuove destinazioni d'uso, quali la città della Salute e gli Uffici comunali, risultano scelte tanto adeguate, quanto statiche per la città, che rispondono ad esigenze primarie, ma non valorizzano e restituiscono totalmente il complesso ai cittadini.



**Figura 8** | Inquadramento ex Ospedale Civile di Gubbio (in nero)

Fonte | Cartografia Comune di Gubbio



**Figura 9** | Rilievo ex Ospedale Civile - Porzione  
Tavola Bando di Concorso - Livello 4

Fonte | USL Umbria 1, Comune di Gubbio

#### 4.1.4 Caso D | Ex Ospedale Santa Croce di Cuneo

### CASO D EX OSPEDALE SANTA CROCE

Città | **Cuneo**

Popolazione | **56.124**

Area Intervento | **4.500 mq**

Nuovo Uso | **Biblioteca Civica e Centro Culturale**

Attori |

**Comune di Cuneo, Regione Piemonte, Soprintendenza**

Iniziata ufficialmente la costruzione nel 1732, interrotta per motivi economici e conclusa nel 1784, “l'ex Ospedale Santa Croce di Cuneo è costituito da quattro corpi di fabbrica circostanti il cortile” ed è collocato nella zona Nord del centro storico della città di Cuneo. L'ospedale nel corso dei secoli venne modificato, sia internamente che esternamente, con frazionamenti e aggiunta di nuovi servizi, fino al 1960, quando tutte le funzioni sanitarie vennero trasferite in un nuovo presidio. Negli anni successivi nella struttura vennero ricavate aule scolastiche provvisorie. Il bene, proprietà dell'Amministrazione dell'Ospedale S.Croce, con la nascita del

Sistema Sanitario Nazionale nel 1978, divenne proprietà di quest'ultimo che nel 1980 concesse l'intera area al Comune di Cuneo. L'edificio, nel Demanio Storico del Comune di Cuneo, venne in parte modificato e danneggiato, utilizzandolo come “Questura, Scuola Media Superiore, Ufficio postale, mensa ACLI e centro anziani comunale e Scuola universitaria regionale.” Nel 2004, in seguito al decreto ministeriale sui beni culturali, il bene venne classificato tra gli edifici storici vincolati e di interesse dal Comune di Cuneo (**Figura 10**). Nel 2012 il Palazzo Santa Croce venne inserito nel PISU, Progettazione Integrata per lo Sviluppo Urbano. Il progetto prevedeva la conversione del complesso a sede della Biblioteca Civica, unificando i sistemi presenti nella città. La riconversione ottenne finanziamenti sia dalla Regione Piemonte che dall'Europa, attraverso il progetto POR FESR 2007-2013. Inoltre parte dell'eredità di G. Ferrero vennero destinati ai lavori di restauro, recupero e consolidamento del fabbricato. Con un percorso lineare, dopo l'approvazione dei progetti preliminari dalla Soprintendenza e l'approvazione del progetto esecutivo, nel 2014 l'Amministrazione diede inizio ai lavori. Nel 2016 venne aperta e inaugurata parte del complesso, fino al 2017 con il trasferimento definitivo delle altre biblioteche nella sede unica del patrimonio librario

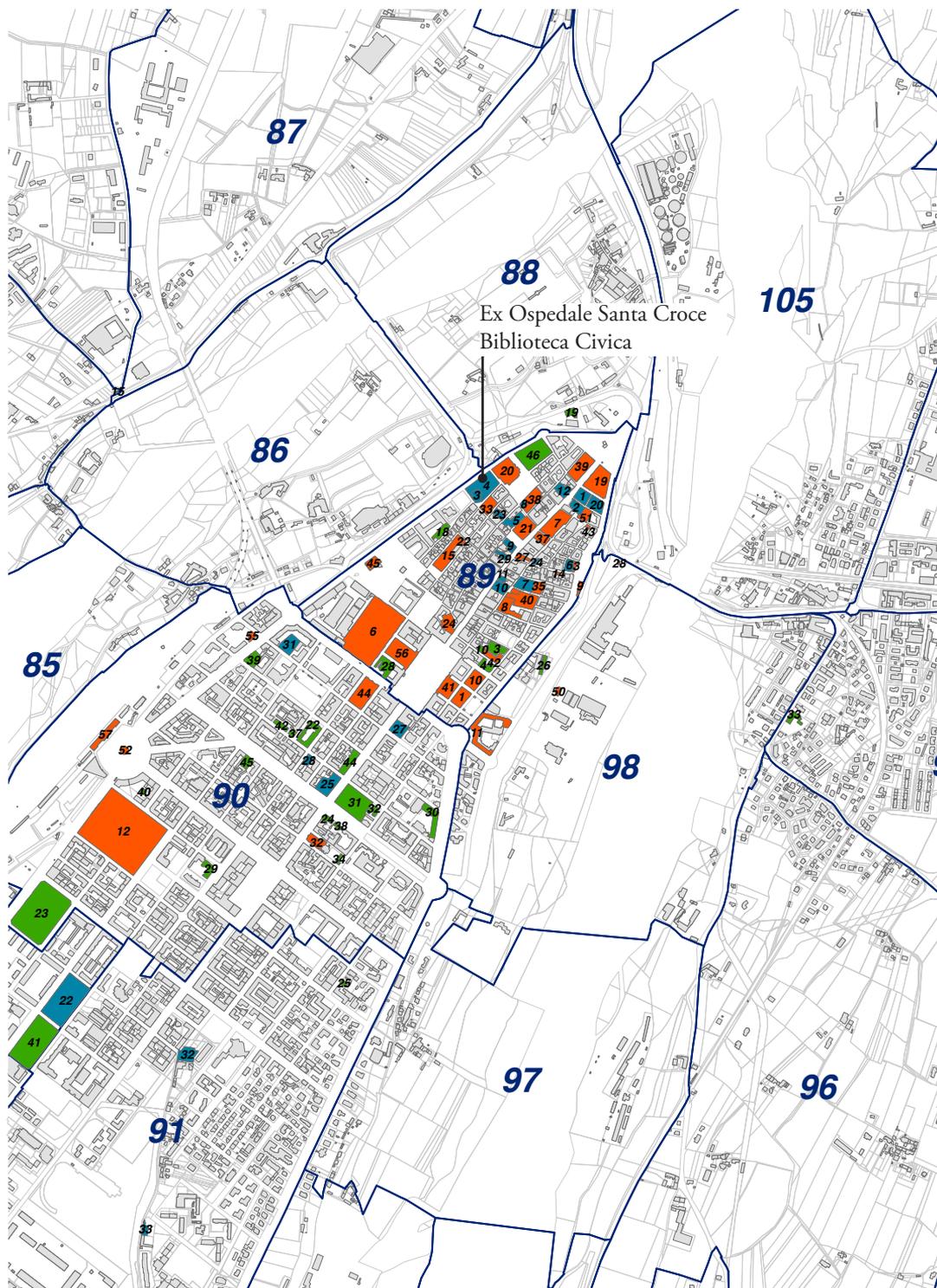


Figura 10 | Edifici Vincolati - Beni Culturali da Salvaguardare - D.Lgs 42/2004 - Tavola 2

Fonte | Città di Cuneo, Settore Ambiente e Territorio

di Cuneo. Differentemente da altri casi, la cessione iniziale del bene da parte del SSN, ha permesso la riduzione degli attori coinvolti nelle decisioni e il Comune di Cuneo ha potuto seguire un iter piuttosto lineare nel recupero e riuso del complesso. La conversione in Biblioteca Civica rafforza sia il valore architettonico dell'edificio, permettendo di apprezzarne le potenzialità, sia il valore sociale del quartiere, ricostruendo l'idea di città partecipata e condivisa (**Figure 11, 12**). L'idea di recuperare il patrimonio esistente e di restituirlo totalmente alla città e ai cittadini è un modo per valorizzare ambientalmente, culturalmente, socialmente ed economicamente l'intera città e il centro storico. Come si legge nel Contratto di Quartiere II, "quest'area necessita di un intervento progettuale ed economico di natura pubblico-privata di grande entità, tale da costituire il motore per la rivitalizzazione ambientale e sociale del quartiere, a cui seguiranno sicuramente nuovi interventi sul patrimonio edilizio privato. L'area si candida a riacquistare il suo ruolo naturale di nuova centralità culturale, sociale e commerciale per il centro storico e l'intera città, a recuperare il suo aspetto di quartiere frequentato, denso di servizi e di attività, sede di nuove funzioni aggregative per i suoi abitanti."

Confrontando il complesso con il caso studio oggetto della ricerca di tesi, emerge

l'affinità data dalla localizzazione centrale del bene e dal valore che l'area, seppur limitata, rappresenta per la città. Restituire un vuoto urbano ai cittadini non significa esclusivamente un intervento di recupero a livello urbano, ma potenzialmente un investimento, sia sociale che economico, per l'intera vita del quartiere e della città.



**Figura 11** | Progetto nuova Biblioteca Civica

Fonte | [www.area-progetti.it](http://www.area-progetti.it)



**Figura 12** | Progetto nuova Biblioteca Civica

Fonte | [www.area-progetti.it](http://www.area-progetti.it)

#### 4.1.5 Caso E | Ex Ospedale San Giovanni Battista di Foligno

### CASO E EX OSPEDALE S. GIOVANNI B.

Città | **Foligno**

Popolazione | **57.167**

Area Intervento | **13.000 mq**

Nuovo Uso |

**Complesso A > Servizi Socio-Sanitari,**

**Complesso B > Residenze e Negozi**

Attori |

**Comune di Foligno, AUSL Umbria 2,**

**Koinon Spa, BNL Fondi Immobiliari**

**SGR, Santo Stefano, Fondo ASCI, FIA,**

**Cassa Depositi e Prestiti, Cassa di**

**Risparmio Perugia e Foligno**

Il complesso ospedaliero di S. Giovanni Battista si colloca nel centro storico della città umbra di Foligno. Inizialmente proprietà dell'AUSL Umbria 2, in seguito al terremoto del 1997, l'edificio subì dei danni e l'Amministrazione provvide alla realizzazione di un nuovo presidio, dove trasferire le attività sanitarie. Nel 2006 avvenne la definitiva dismissione dell'Ospedale. Nello stesso anno, tramite Atto pubblico, il Fondo Umbria - Comparto Monteluca ha rilevato l'intera area, sostenuta da BNL Fondi Immobiliari. La proprietà, dopo la redazione di un primo Piano Attuativo unico, ha suddiviso il

bene in due comparti A e B: il Comparto A, comprendente la chiesa e il nucleo originario, il Comparto B comprendente tutti gli edifici successivi al nucleo originale (**Figura 13**). Successivamente il Fondo Umbria "ha incaricato della redazione dei due Piani Attuativi, uno relativo al Comparto A e l'altro al Comparto B, lo studio Bargone Architetti Associati, lo studio Cannavici e lo studio Tonti di Foligno i quali hanno costituito un Raggruppamento Temporaneo di Professionisti denominato Gruppo 3H. I due Piani Attuativi nascono da un unico progetto complessivo ma, come previsto nella Variante al PRG del Centro Storico approvata dal Consiglio Comunale nella seduta del 16/11/2006 con atto n.123, possono essere attuati anche separatamente." Ciascun Piano definisce le destinazioni d'uso ammesse: nel Comparto A sono ammessi Servizi Socio-Sanitari e Uffici dell'azienda ASL, mentre nel Comparto B attività commerciali, Residenze convenzionate, Residenze private e attività alberghiere. Nel 2008 la Koinon Spa, formata da aziende di tutto il territorio folignate, comprò l'intero complesso dell'ex ospedale, mantenendo comunque la separazione in due comparti e i due piani attuativi distinti. I due comparti iniziarono a muoversi in parallelo.

*Comparto A (Figura 14, 15)*

Il Piano Attuativo del Comparto A ven-

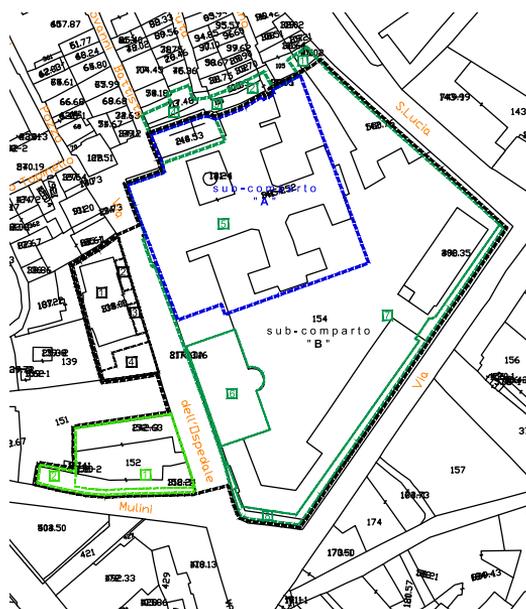
ne approvato dal Consiglio Comunale nel 2009 e pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Umbria nel 2010. Successivamente però all'Azienda Koinon Spa vennero delegate le opere infrastrutturali, mentre i lavori di conversione degli edifici vennero totalmente gestiti da Santo Stefano Riabilitazione, che acquistò il Comparto A e lo convertì in Istituto di Riabilitazione. Nel 2014 venne sottoscritto un Accordo tra Regione Umbria, AUSL Umbria 2 e Istituto di Riabilitazione, secondo il quale il primo piano era destinato a Residenza Sanitaria Assistenziale. Nello stesso anno venne inaugurato il Comparto A, con la RSA e l'Unità Speciale Residenziale del Santo Stefano.

### Comparto B (Figure 16, 17, 18)

Il Comparto B, per cui erano previste attività commerciali e residenze, subì invece una fase di arresto, data dall'impossibilità di Koinon spa di portare avanti i Piani. Solo nel 2017 il Fondo Abitare Sostenibile Centro Italia - ASCI, con l'intenzione di trasformare la struttura in Social Housing e spazi commerciali, acquistò il Complesso B. Con contributi economici da parte della Cassa Depositi e Prestiti, di Investimenti Immobiliari SGR, del FIA (Fondo Investimenti per l'Abitare) e della Cassa di Risparmio di Perugia e di Foligno, fu possibile iniziare i lavori di realizzazione di 60 appartamenti, di aree

verdi e spazi commerciali, attualmente in fase di realizzazione.

Il caso risulta significativo per la scelta iniziale di dividere l'intero complesso in parti più piccole, rendendo più appetibile e meno onerosa la gestione del bene. Il frazionamento in comparti non ha reso meno complessa la conversione, con costanti difficoltà di realizzazione, ma ha permesso a ciascuna parte di seguire un iter e delle tempistiche diversi e indipendenti. In relazione al caso studi dell'Ospedale di Fermo, data la dimensione consistente del bene e dell'area occupata, un frazionamento e la divisione delle proprietà e delle gestioni potrebbero permettere un più rapido sviluppo del progetto.



**Figura 13** | Ex Ospedale S. Giovanni Battista - Divisione in Comparti A - B

Fonte | [www.comune.foligno.pg.it](http://www.comune.foligno.pg.it)

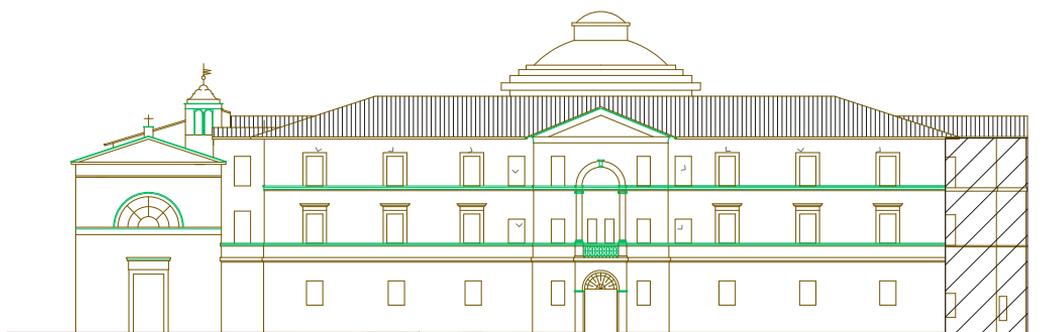


Figura 14 | Comparto A - Prospetto di Progetto

Fonte | Comune di Foligno

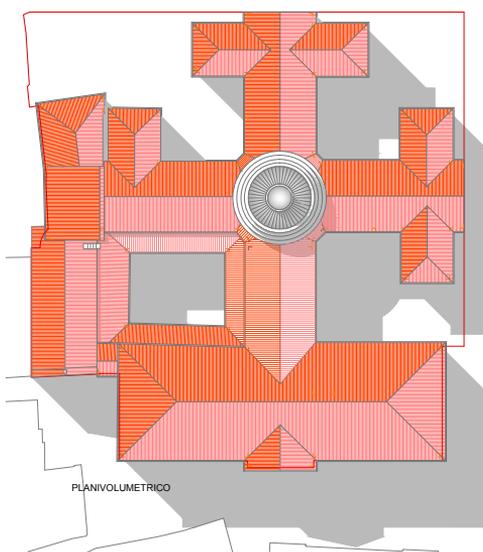


Figura 15 | Comparto A - Planivolumetrico

Fonte | Comune di Foligno



Figura 16 | Comparto B - Pianta Generale

Fonte | Comune di Foligno



Figure 17,18 | Comparto B - Viste Renderizzate di Progetto



Fonte | [www.archedstudio.it](http://www.archedstudio.it)

#### 4.1.6 Caso F | Ex Ospedale Misericordia e Dolce di Prato

### CASO F EX OSP. MISERICORDIA E DOLCE

Città | **Prato**

Popolazione | **192.469**

Area Intervento | **30.000 mq**

Nuovo Uso | **Parco Urbano e Museo dell'Ospedale**

Attori |

**Comune di Prato, Regione Toscana, Provincia di Prato, Direzione Regionale per i Beni Culturali e Paesaggistici della Toscana, Soprintendenza per i Beni Architettonici, Paesaggistici, Storici, Artistici ed Etnoantropologici per le province di Firenze, Pistoia e Prato e Soprintendenza per i Beni Archeologici della Toscana**

L'area dell'ex Ospedale Misericordia e Dolce di Prato, collocata in prossimità delle mura storiche della città, occupa un'ampia porzione del Centro Storico. Il bene in oggetto nel corso degli anni è appartenuto a diverse proprietà: dalla confraternita religiosa nel 1980 al Servizio Sanitario, poi nel 1981 al Comune di Prato, nel 1997 nuovamente all'Azienda USL 4 di Prato, fino al 2014. Infatti in seguito al Piano Sanitario Regionale 2002, la Regione

Toscana stanziò fondi per la costruzione di quattro nuovi presidi Ospedalieri: uno a Prato, uno a Pistoia, uno a Lucca e uno nella zona apuana. Con il decreto 212/2005, venne sottoscritto l'Accordo di programma per la realizzazione del Nuovo Presidio Ospedaliero di Prato, prevedendo la progressiva dismissione dello storico Ospedale Misericordia e Dolce. Il trasferimento delle funzioni sanitarie, fatta eccezione per alcuni servizi, venne completato nel 2013.

Il Comune di Prato, nel Piano Strutturale del 2013, all'articolo 79 c.1, tratta la conversione dell'area: "Trasformazione e recupero dell'area occupata dall'ospedale Misericordia e Dolce attraverso la demolizione dei corpi edilizi incongrui ed il recupero e la valorizzazione del patrimonio storico, la creazione di un'ampia area a verde lungo le mura con l'eventuale creazione di un parcheggio interrato prevalentemente pertinenziale, la ridefinizione dei margini del tessuto storico coerentemente con l'assetto viario e urbanistico esistente."

Nell'anno successivo, l'11 ottobre 2014 venne sottoscritto un "Accordo di Programma per la Riqualificazione Urbana e Realizzazione di un Parco Pubblico nell'area dell'ex Ospedale Misericordia e Dolce di Prato" tra Regione Toscana, AUSL 4, Comune di Prato, Provincia di Pistoia, Direzione Regionale per i Beni



**Figura 19** | Il Progetto Vincitore - Parco Centrale di Prato      Fonte | [www.ilparcocentralediprato.it](http://www.ilparcocentralediprato.it)



**Figura 20** | Vista Renderizzata del Progetto Vincitore - Parco Centrale di Prato      Fonte | [www.ilparcocentralediprato.it](http://www.ilparcocentralediprato.it)

Culturali e Paesaggistici della Toscana, Soprintendenza per i Beni Archeologici della Toscana e Soprintendenza per i beni architettonici, paesaggistici, storici, artistici ed etnoantropologici per le province di Firenze, Pistoia e Prato. L'Accordo prevede la suddivisione dell'area e dei beni: "l'utilizzazione della superficie territoriale che sarà trasferita al Comune per la riqualificazione urbana del Centro Storico e per favorire lo sviluppo della Città, con interventi che saranno individuati anche attraverso un percorso di pianificazione partecipata, la ristrutturazione degli edifici esistenti sull'area residua in proprietà alla Azienda USL 4, ovvero la sostituzione edilizia degli stessi, o di parte degli stessi, con la ricostruzione di una SUL non superiore a 9.000 mq (metri quadri novemila), da destinare a ogni possibile funzione anche diversa da quella sanitaria, quali ad esempio residenziale, terziaria, direzionale, commerciale nonché turistico ricettiva, da realizzarsi mediante iniziativa privata." Nella porzione appartenente al Comune di Prato, l'Amministrazione ha previsto la realizzazione di un parco urbano, direttamente connesso con il centro Storico. Un parco di tre ettari interno alle mura ha come obiettivo principale quello di reinserire l'area all'interno delle reti cittadine. L'ospedale infatti, fondamentale per la città, costituiva un elemento di chiusura verso la città e il centro storico, sep-

pur così fisicamente inglobato. Nel 2016 venne indetto dal Comune un Concorso Internazionale per la progettazione del nuovo parco. Alla fine dello stesso anno venne scelto il vincitore del Concorso (**Figure 19, 20**). Dopo l'approvazione del progetto esecutivo, è stato dato l'avvio ai lavori nel 2018, con la demolizione selettiva degli edifici obsoleti non storici e la bonifica dell'area da parte dell'Azienda USL 4.

Il caso considerato risulta un esempio di riutilizzo dell'area e di restituzione dell'intera porzione del centro storico alla cittadinanza. La scelta di non ricostruire, ma di realizzare un parco urbano nel vuoto urbano, permette la valorizzazione dell'area, del centro storico e della città di Prato.

#### **4.2 Indagini e potenzialità dell'Ospedale Civile "A. Murri" di Fermo**

La dismissione e l'abbandono di siti ospedalieri generalmente interessano molto le città coinvolte, dalla pubblica amministrazione, ai cittadini stessi. Difatti i complessi, oltre ad occupare ampie porzioni delle città, suscitano maggiore interesse per la collocazione del sito, centrale o nei pressi del centro storico. L'area, sebbene occupata da una funzione pubblica, fondamentale per la città, non è concepita come uno spazio aperto o di libero accesso al cittadino. Anzi, la funzione ospedaliera rende l'area distante dalla vita quotidiana, la limita e la chiude in se stessa, con ritmi, esigenze e caratteristiche del tutto particolari. Il trasferimento delle funzioni ospedaliere dell'Ospedale Murri di Fermo, con il seguente svuotamento di un ampio spazio e di una ingente volumetria edificata, da un lato crea un vero e proprio vuoto urbano, che rischia di portare l'area ad un rapido degrado, negativo per la qualità del quartiere e per la valorizzazione della città stessa, segnata da un'immagine di obsolescenza nei pressi del centro storico. Dall'altro lato l'intervento di conversione potrebbe essere un'opportunità unica di rilancio della città e del territorio. La possibilità di riprogettare architettonicamente, urbanisticamente e socialmente un'area così estesa della città di Fermo può

rivelarsi un ulteriore tassello di valorizzazione dei beni del territorio. I complessi ospedalieri dismessi rappresentano una grande risorsa, anche se spesso l'area e gli immobili hanno subito nel corso del tempo modifiche, annessioni, sopraelevazioni, che ne hanno alterato la forma originale e l'impianto storico. Negli interventi di recupero, visti nei casi studio, come nel riuso dell'ex Area Misericordia e Dolce di Prato, possono essere previste demolizioni di edifici, considerati inadeguati all'area e al valore storico dell'immobile originario e non necessari per la nuova funzione prevista. In ogni caso gli immobili recuperati devono rispondere a caratteristiche che ne permettano il corretto utilizzo. Necessari sono l'adeguamento sismico, la messa in sicurezza, l'accessibilità, la realizzazione di impianti idonei, spesso antiquati, considerando le fasi e le epoche di realizzazione del complesso ospedaliero.

Ad alcune porzioni dell'Ospedale Civile di Fermo è riconosciuto un valore culturale e storico di rilievo, costituendo un luogo della memoria cittadina per il simbolo del cambiamento che ha rappresentato in una cittadina in sviluppo agli inizi del '900 e per il ruolo che ha svolto e svolge tutt'ora per il territorio. Ad oggi non vi sono ipotesi concrete di trasformazione, ma per la valorizzazione dell'intero complesso risultano necessari la conversione e il riutilizzo, anche se necessariamente

l'assetto rigido, tipico di un presidio sanitario, dovrà subire delle modifiche. La nuova destinazione d'uso richiederà dei cambiamenti: gli elementi di valore del nuovo progetto devono emergere dalla conservazione e dalla valorizzazione degli aspetti storici dell'esistente.

Il contesto in cui si inserisce l'area oggetto di indagine è prevalentemente residenziale, caratterizzata da una forte staticità, da un traffico consistente e da piccole attività commerciali, dipendenti dalla presenza del presidio ospedaliero. La mancanza di vitalità del quartiere, seppur vicino al centro storico, all'Istituto Tecnico e al Museo MITI, è dovuta alla presenza dell'Ospedale che domina e determina i flussi nella zona. Obiettivi della riconversione sono quelli di convertire un'area chiusa in se stessa in uno spazio aperto, vissuto dagli abitanti del quartiere, della città e del territorio, di valorizzare gli edifici e le superfici, di mantenere viva la memoria storica dell'esistente e di spronare lo sviluppo di nuove attività e di nuove interazioni tra i cittadini.

#### **4.2.1 Intervista al Direttore dell'Area Tecnica dell'Area Vasta 4.**

Non sono presenti piani ufficiali di conversione e riutilizzo del presidio Ospedaliero Murri, attualmente di proprietà dell'Azienda Sanitaria Unica

Regionale (ASUR). Per tale motivo le prime indagini sul futuro del bene sono state effettuate presso la Direzione dell'Ufficio Tecnico dell'Area Vasta 4, che si occupa di tutti i presidi presenti nella Provincia di Fermo, attraverso la forma di intervista diretta.

Di seguito l'intervista svoltasi in data 27 luglio 2018, presso Uffici AV4 - ASUR, Fermo

---

*Cosa ne sarà del presidio ospedaliero A. Murri di Fermo, quando sarà completato il nuovo Ospedale a San Claudio? Il tema è stato affrontato?*

“Non ci sono previsioni, probabilmente alcune attività secondarie dovranno restare nel vecchio presidio, anche perché il nuovo San Claudio è leggermente sotto dimensionato. Quindi una percentuale di degenza per non acuti, parte degli ambulatori e servizi diurni potrebbero restare attivi nell'area. Alcuni parlano di una possibile cittadella della salute, con attività meno mediche e più alberghiere, per riabilitazioni e lungodegenza di post-acuti.”

*Quindi una parte potrebbe restare in uso all'ASUR, Area Vasta 4? Perché non trasferirvi gli uffici, attualmente nell'edificio ristrutturato dell'ex Manicomio, e raccogliere i servizi sparsi nel territorio?*

“L'Ospedale Murri occupa una volumetria

di 140.000 m<sup>3</sup>, con 290 posti letto. Circa 50 posti letto potrebbero restare ad uso assistenziale, integrando servizi poli-ambulatoriali e day hospital. Inoltre, sicuramente l'attuale sede degli Uffici, ristrutturata, di dimensioni contenute, risulterebbe più vendibile del complesso ospedaliero in questione. Il trasferimento potrebbe essere utile anche per rivitalizzare il centro. Per quanto riguarda l'accentramento dei servizi territoriali, sebbene possa sembrare funzionale a livello pratico e gestionale, è poco attuabile. Politicamente non è una strategia conveniente ed inoltre gli abitanti dei paesi limitrofi, spesso a più di 30 minuti di distanza da Fermo, non sarebbero d'accordo nella chiusura dei punti di assistenza, seppur piccoli.”

*Il Comune come potrebbe valorizzare l'area? Eventuali demolizioni sono ammissibili? Il trasferimento di scuole superiori o di università potrebbe essere un'ipotesi?*

“Ad oggi non ci sono piani che vincolino l'edificato e vietino la demolizione. Trasformare l'area con edilizia scolastica può essere un valido scenario per la città e per l'area, in prossimità dell'Istituto Tecnico Montani. Resta il problema dell'adeguamento sismico della maggior parte degli edifici presenti. O le eventuali demolizione e ricostruzione. I soggetti interessati all'istruzione sono molteplici, il Comune per le scuole primarie, la

Provincia per le scuole secondarie di secondo grado, la Regione e lo Stato per l'Università.”

---

L'assenza di una previsione lascia ampio spazio a ipotesi di riutilizzo, non restringendo, piuttosto complicando, il problema decisionale.

Dall'intervista possono essere ricavati dei punti di partenza per la formulazione di successive ipotesi: la demolizione di edifici obsoleti e di scarso valore può essere prevista, la maggior parte delle strutture necessita di adeguamento sismico, un edificio in grado di accogliere almeno 50 pl deve restare in uso all'Area Vasta 4 come struttura di riabilitazione e lungodegenza.

### **4.3 Destinazioni d'uso possibili**

Per iniziare a riflettere sulle possibili funzioni collocabili nel complesso dell'ex Ospedale è necessario avere uno sguardo ampio sulla città e su quali siano gli aspetti da promuovere per una Fermo del futuro, che riesca a mettersi in movimento e a diventare un punto d'interesse per il territorio. L'idea è quella di valutare possibili scenari, differenti tra loro, mostrando prospettive e ripercussioni sulla città dal punto di vista sociale, ambientale ed economico. Nel definire le destinazioni d'uso possibili si è tenuto conto di quanto emer-

so dall'intervista precedente e dalle analisi svolte sulla città, sulle problematiche presenti e sui punti di interesse. Considerati la dimensione dell'area e il volume dell'edificio, le destinazioni ipotizzate occuperanno solo in percentuale il bene, con la possibilità di combinarsi con altre funzioni. Inoltre, a fronte dell'intervista, una porzione del complesso, a prescindere dalle altre funzioni, sarà destinata a punto di primo soccorso e convertita a struttura di riabilitazione e lungodegenza di post-acuti, con una volumetria sufficiente per almeno 50 pl.

#### **4.3.1 Istruzione - Università, Residenze per studenti, Scuole Superiori**

L'università, da sempre, risulta per le città che la ospitano un motore di sviluppo urbano e di aumento della qualità della città stessa. Difatti il continuo rinnovo di studenti, la necessità di nuovi servizi al passo con i tempi e la presenza costante di giovani portano una mixité nell'area interessate che mantiene attiva e stimola l'intera città, sia da un punto di vista sociale, che economico, che culturale. Oggi la città di Fermo ospita la sede distaccata dell'Università Politecnica delle Marche, con i corsi di Laurea Triennale di Infermieristica e di Ingegneria Gestionale e il corso magistrale di Ingegneria Gestionale, il Conservatorio e la scuola

per mediatori linguistici San Domenico. Tra i corsi presenti, sebbene tutti abbiano un costante aumento di iscrizioni, quello di ingegneria gestionale, che è l'unico presente tra Bologna e Bari, ha avuto negli ultimi anni una richiesta di iscrizioni talmente elevata da costringere lo sdoppiamento di alcune classi per permetterne lo svolgimento di una didattica di qualità in ambienti di dimensioni adeguate. Al 30 novembre 2018, infatti, "gli studenti immatricolati al corso di Laurea Triennale di Ingegneria Gestionale per l'anno accademico 2018/2019 sono 119; per la Laurea Magistrale sono 46", dato provvisorio poiché le immatricolazioni sono possibili fino a gennaio. All'inaugurazione dell'Anno Accademico, il Rettore dell'Università ha sottolineato come in pochi anni, a partire dall'anno accademico 2012-2013, gli iscritti al corso di laurea siano aumentati dai 304 dell'inizio ai 497 dell'a.a. 2017-2018, con un aumento di immatricolazioni del +32,72%, rispetto all'anno 2016-2017. Significativa per il territorio è anche la presenza della Triennale di Infermieristica, con 169 studenti iscritti all'anno 2018/2019, di cui 71 residenti fuori dal territorio provinciale. Data la rilevante collaborazione tra UnivPm e Comune di Fermo, il 14 dicembre 2018 è stata rinnovata "la convenzione ventennale fra l'Ente Universitario del Fermano (Euf) e l'Università Politecnica delle

Marche. Presenti il Presidente dell'Ente e Sindaco di Fermo Paolo Calcinaro, il Magnifico Rettore di Univpm prof. Sauro Longhi e l'avv. Alberto Palma, Presidente della Fondazione Cassa di Risparmio di Fermo che fa parte del Consiglio di Amministrazione dell'Ente Universitario." Tale decisione conferma l'interesse crescente per la città di Fermo nel costituirsi come città universitaria a tutti gli effetti. Necessita però di nuovi spazi e di servizi più adeguati. Difatti, oltre al bisogno di ulteriori spazi didattici, di aule studio, la città deve anche rispondere alla grande percentuale di studenti fuorisede, che scelgono Fermo come la propria città di studi. Oggi per gli studenti è disponibile una residenza universitaria in centro storico, inaugurata nel 2010, presso Palazzo Strabone, che offre 43 posti letto e una mensa. Nonostante il valore storico e culturale dell'edificio, precedentemente "Xenodochium", cioè luogo di accoglienza per pellegrini e viaggiatori, e l'affinità della funzione odierna con quella passata, considerando i numeri attuali di studenti, impensabile agli inizi, la struttura non risulta più sufficiente. Considerando le necessità dell'Università, il contratto ventennale tra Comune e Univpm, le ricchezze portate dagli studenti e la possibilità di riuso del complesso ospedaliero Murri, l'ipotesi di costituire Fermo come città universitaria con un strutture e Campus

adeguati potrebbe costituire una valida opportunità di riuso e valorizzazione dell'area e della città.

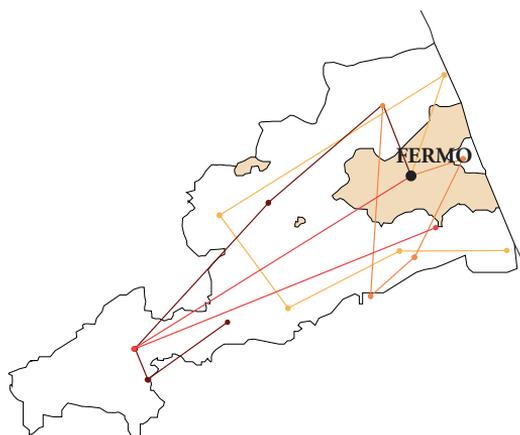
Ulteriore problematica legata alla pubblica istruzione, riguarda sia le scuole primarie che le scuole secondarie, come il Liceo Classico Annibal Caro e l'Istituto Tecnico Montani. Nel settembre 2018 i genitori e i rappresentanti del Comitato per la sicurezza delle scuole hanno presentato un esposto alla Procura di Fermo, evidenziando le criticità degli edifici. In seguito al terremoto del 2016, infatti, le strutture, in centro storico, risultano in parte danneggiate e inadeguate ad ospitare le funzioni previste. A partire dal 2017 si sono susseguite varie proposte per il trasferimento, almeno parziale, delle strutture, con raccolte-firme sia a favore che di protesta da parte di studenti, genitori e insegnanti. Tra le proposte vi era l'idea di unire i poli scolastici centrali al polo scientifico, collocato lontano dal centro storico. Il trasferimento di tali attività toglierebbe però una risorsa determinante per la vitalità, l'economia e le attività del centro. Sebbene non sia una soluzione realizzabile in poco tempo, e quindi sarebbe necessario un periodo in una struttura provvisoria, e sarebbero numerosi i pareri contrari alla dismissione di Palazzo Leopardi, sede del Liceo Classico dal 1861, potrebbe essere creato un nuovo polo scolastico in prossimità del centro storico, localizzato nell'at-

tuale area occupata dall'Ospedale Murri, a pochi metri dall'attuale sede dell'Istituto Tecnico.

#### 4.3.2 Spazi museali e per attività culturali

Valori unici della città di Fermo e del territorio sono rappresentati dalla storia, dalle tradizioni, dalla natura dei luoghi e dall'artigianato, che da sempre attraggono e affasciano molti soggetti sia nazionali che internazionali. La città di Fermo, infatti, oltre ad essere una testimonianza a cielo aperto della storia vissuta, ospita il Museo Diocesano, i Musei Scientifici con Museo Polare, Meteorite, Museo Ornitologico e della Pipa, le Cisterne Romane e il Museo del Palazzo dei Priori, in centro storico, e il MITI. Una serie di altri musei, poco conosciuti, presenti nella provincia di Fermo rappresentano una ricchezza unica per conoscere la storia e le tradizioni, come il Museo del Cappello di Montappone o il Museo della Calzatura di Sant'Elpidio a Mare. L'attrattiva risulta però ancora limitata rispetto ad altre città che riescono meglio a promuovere le ricchezze presenti, proponendo sia visite guidate che vere e proprie esperienze nel territorio. Potrebbe essere un'occasione per rilanciare la città e il territorio creare un polo museale. Oltre a completare i servizi già presenti in città, con la realizzazione di un Museo sulla

Cavalcata dell'Assunta, principale manifestazione storica che mobilita l'intera città e attrae il maggior numero di turisti, il polo deve fungere da punto di partenza e da collegamento con tutta la provincia. Un polo che sintetizzi l'essenza del territorio, con attività artigianali e laboratori, che stimoli l'interesse verso la scoperta di esso e che guidi l'interessato ad attività ed esperienze uniche, di ogni genere, sia di carattere culturale, sia enogastronomico, che artigianale, che naturale. Difatti esiste già l'idea di un museo diffuso, ma seppur accattivante, risulta ancora troppo statico per le richieste sia del cittadino che del turista odierno. Fermo rappresenta già il punto di riferimento e di partenza di una serie di itinerari tematici nel territorio, itinerari classici attraverso la storia e itinerari più particolari come "I luoghi del



**Figura 21** | Museo Diffuso del Fermano - Alcuni itinerari tematici attraverso il territorio provinciale

Fonte | [www.fermomusei.it](http://www.fermomusei.it)

silenzio”, “Dall’Adriatico agli Appennini” (**Figura 21**), ma mancano scelte e accorgimenti, che risultano fondamentali per trasformare una visita tradizionale in una esperienza significativa. L’annessione agli spazi museali di laboratori di sperimentazione, di spazi per produzioni artigianali e di aree per incontri rappresenterebbe un valore aggiuntivo per la valorizzazione del territorio.

Parte dell’area dell’Ospedale Murri potrebbe, con la conversione e il riuso, diventare questo punto nevralgico di connessione tra città e territorio, un palinsesto di tutti i valori e le possibilità di una terra da scoprire. L’Ospedale, che ha sempre risposto alle esigenze del territorio, costituendosi come punto centrale per la sanità, ospitando un polo museale di rilancio e valorizzazione del contesto fermano, manterrebbe un ruolo significativo di riferimento.

#### 4.3.3 Strutture ricettive per il turismo

In aggiunta alle possibili destinazioni d’uso precedentemente rilevate, considerando il sensibile aumento di turisti nella città di Fermo, di significativa importanza è la realizzazione di strutture in grado di accogliere i viaggiatori. Per avvalorare la proposta prendiamo in analisi i dati forniti dalla Regione Marche sulla presenza di turisti nella Provincia di Fermo nell’anno

2017 e sulle strutture ricettive presenti. Dal documento *Capacità ricettiva per tipologia di esercizio, per comune e provincia delle Marche\_2017*, risultano presenti nella Provincia di Fermo 52 esercizi alberghieri tradizionali, con 3298 posti a disposizione, e 450 esercizi extra-alberghieri, come campeggi, villaggi turistici, agriturismo e bed-and-breakfast, con 34.118 posti (di cui 25.562 da campeggi). In aggiunta sono presenti 31 alloggi privati con 5565 posti. Stringendo il campo alla città di Fermo, essa ha 9 strutture strutture alberghiere, con 690 posti, e 101 servizi extra-alberghieri, di cui 50 b&b con 247 posti, 24 agriturismo con 359 posti e 14 tra campeggi e villaggi turistici nei pressi del lido adriatico con più di 8.000 posti. Osservando i dati sugli arrivi, sulle presenze dei turisti (**Figura 22**) e sui periodi più interessati, è possibile valutare se i servizi presenti siano sufficienti a rispondere alla domanda crescente. Nel 2017 sono stati registrati nella Provincia di Fermo 202.155 arrivi e 1.497.965 presenze, con 76.232 arrivi in strutture alberghiere e 125.925 in strutture extra-alberghiere. Nello specifico, il comune di Fermo ha visto l’arrivo presso esercizi ricettivi di 84.684 persone. Circa l’86% dei turisti proveniva dall’Italia, principalmente da regioni quali la Lombardia, l’Emilia Romagna e l’Umbria. Il picco massimo di visitatori si ha nei mesi estivi (**Figura 23**),

da Giugno a Settembre, sia per la presenza di lidi balneari che per manifestazioni storiche ed eventi della tradizione culinaria marchigiana in tutto il territorio. Nei mesi di Luglio ed Agosto 2017 sono stati raggiunti rispettivamente 50.247 e 47.053 arrivi, con 437.958 e 472.092 presenze. Meno attrattiva si ha solitamente nei restanti mesi, con notevole riduzione di arrivi. Da tali dati emerge come il turismo sia una grande ricchezza per il territorio e per la sua economia e che ulteriori strutture ricettive verrebbero sfruttate, soprattutto nei mesi estivi. Con l'occasione della conversione dell'attuale Ospedale Murri, una porzione potrebbe essere adibita a terziario, con la realizzazione di strutture ricettive turistiche. Per far fronte da un lato alla domanda estiva di alloggi e dall'altro alla problematica della variabilità delle richieste stagionali, può essere progettata una struttura che periodicamente cambi i suoi destinatari: nei mesi invernali funga da residenza per studenti fuorisede, nei mesi estivi da struttura ricettiva turistica. In tal modo si garantisce la presenza di una struttura sempre attiva, non legata esclusivamente ai flussi annui di turismo, variabili e incostanti per il corretto funzionamento di un'attività.

**Arrivi** | numero di clienti, italiani e stranieri, ospitati negli esercizi ricettivi nel periodo considerato.

**Presenze** | numero delle notti trascorse dai clienti, italiani e stranieri, negli esercizi ricettivi.

2017	Arrivi	Presenze
Es. Alberghieri	15.047	57.170
Es. extra-Alberghieri	69.639	618.799
<b>Città Fermo Tot.</b>	<b>84.684</b>	<b>675.969</b>
Es. Alberghieri	76.232	314.802
Es. extra-Alberghieri	125.923	1.183.163
<b>Provincia Fermo Tot.</b>	<b>202.155</b>	<b>1.497.965</b>
Es. Alberghieri	63.654	269.905
Es. extra-Alberghieri	111.494	1.066.229
<b>Turisti Italiani Tot.</b>	<b>175.148</b>	<b>1.332.134</b>
Es. Alberghieri	12.578	48.897
Es. extra-Alberghieri	14.429	116.934
<b>Turisti Stranieri Tot.</b>	<b>27.007</b>	<b>165.831</b>

**Figura 22** | Dati Turismo Marche 2017

**Figura 22** | Arrivi e Presenze di turisti registrati nell'anno 2017 nella Città e nella Provincia di Fermo. Presenze di turisti italiani e stranieri nel territorio provinciale. In aggiunta ai dati totali, sono riportati arrivi e presenze divisi per tipo di esercizio.

2017	Arrivi	Presenze
Gennaio	4.430	9.035
Febbraio	4.795	11.587
Marzo	6.198	12.868
Aprile	7.513	16.673
Maggio	12.135	33.317
<b>Giugno</b>	<b>31.623</b>	<b>216.503</b>
<b>Luglio</b>	<b>50.247</b>	<b>437.958</b>
<b>Agosto</b>	<b>47.053</b>	<b>472.092</b>
<b>Settembre</b>	<b>20.841</b>	<b>180.566</b>
Ottobre	5.735	37.196
Novembre	5.396	34.179
Dicembre	6.189	35.991

**Figura 23** | Dati Turismo Marche 2017

**Figura 23** | Arrivi e Presenze di turisti registrati nei mesi dell'anno 2017 nella Provincia di Fermo. Fonte | Regione Marche - Statistiche

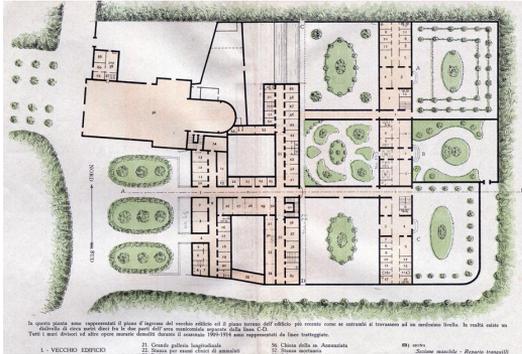
#### **4.3.4 Uffici e Ambulatori dell'Azienda Sanitaria di Fermo - Area Vasta 4**

Considerando il mantenimento di una porzione dell'attuale Ospedale Murri di Fermo e la conversione in una struttura di riabilitazione e di ricovero di lungo-degenti, la trasformazione dell'area in una cittadella della Salute potrebbe essere un'ulteriore possibilità per il complesso. La zona potrebbe mantenere la centralità dal punto di vista sanitario, con l'accorpamento dei servizi, degli uffici e degli ambulatori attualmente dislocati in altre sedi cittadine.

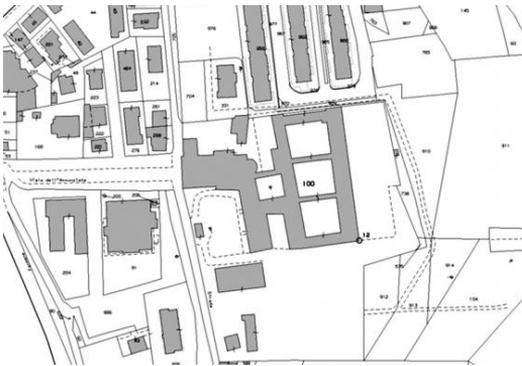
L'Azienda Sanitaria - Area Vasta 4 - di Fermo, infatti, è proprietaria e occupa in parte l'ex Ospedale psichiatrico provinciale con Uffici e Ambulatori, che si estende su una superficie complessiva di 31.105 mq, di cui 7.131 mq edificati. Il bene, collocato nella zona est della città, è il risultato di numerosi ampliamenti nel corso dei secoli del primo convento fuori le mura cittadine, risalente al XV secolo. Il convento, in seguito alle soppressioni degli ordini religiose e alle ricostituzioni, appartenne a diverse proprietà che ne modificarono la forma originale e dal 1873 al 1985 svolse il ruolo di Manicomio. Con la Legge n. 180/1978, l'ospedale pediatrico venne convertito in Centro Riabilitativo Assistenziale e Sanitario, con la definitiva chiusura nel 1998, dovuta anche ai dan-

ni subiti con il terremoto del 1997. La struttura risulta nel 1998 piuttosto danneggiata, con evidenti criticità nei manufatti. Nello stesso anno l'Azienda Sanitaria decide di comprare il bene e di procedere con il complesso restauro e l'adeguamento, insediandovi, a partire dal 2010, uffici amministrativi e ambulatori. Il complesso, costituito da padiglioni indipendenti e padiglioni in connessione con gallerie, ospita in una porzione anche una scuola primaria. L'ex manicomio, grazie agli interventi di recupero, si presenta oggi come un elegante manufatto, emblema di una lunga storia e grandi valori per la città. L'eventuale trasferimento delle attuali attività nell'area dell'Ospedale Murri, oltre a concentrare i servizi sanitari in un'unica area, permetterebbe un diverso uso dell'ex manicomio. Difatti la struttura, di dimensioni contenute, già adeguata e di elevato valore storico per la città, risulta sicuramente più appetibile e vendibile rispetto al complesso Murri. Sebbene la conversione di una porzione del presidio ospedaliero in spazi per uffici significativi per l'Azienda Sanitaria investire nuovamente tempo e denaro, i ricavi dall'eventuale vendita dell'ex manicomio sarebbero sicuramente più convenienti. Inoltre l'accentramento dei servizi socio-sanitari in un'unica area migliorerebbe la gestione. Dal punto di vista della città, avere un nuovo punto unico di riferimento per la sanità, in una

cittadella con ambulatori e uffici, significa valorizzare e in parte mantenere attiva la funzione dell'area dell'ospedale Murri.



**Figura 24** | Progetto di sistemazione del complesso dell'Ospedale Psichiatrico, 1914  
Fonte | Spazi della Follia



**Figura 25** | Il Complesso. Catasto Terreni, Foglio 63 - porzione, Comune di Fermo, 2012  
Fonte | Spazi della Follia



**Figura 26** | Chiostro con pozzo dell'antico complesso conventuale  
Fonte | Spazi della Follia

#### 4.3.5 Spazi pubblici e aree verdi

Recuperare un'area dismessa non significa semplicemente riutilizzare gli edifici presenti, ma richiede uno studio attento sul valore che quegli edifici hanno per la città, per il complesso e per la sua storia. Spesso, soprattutto nell'ambito delle strutture sanitarie, l'originale architettura subisce annessioni, modiche e costruzioni di ulteriori edifici nel tentativo di adeguare il presidio alle nuove e continue esigenze della scienza, della medicina e della tecnologia. A differenza di altre tipologie più statiche, come le caserme, l'ospedale necessita di dinamicità e di rapida innovazione, anche dal punto di vista edilizio. Le continue richieste spesso conducono a costruzioni di bassa qualità, poco curate architettonicamente e non integrate al contesto urbano. Le aree interessate risultano complessi agglomerati di costruzioni annessi all'impianto originale, che ne modificano l'aspetto e ne rendono articolata la gestione. Di conseguenza, se da un lato permettono al presidio di offrire nuovi servizi, dall'altro le nuove costruzioni rendono l'area un luogo angusto sempre più chiuso in se stesso. Nel riconvertire un'area di tale genere deve necessariamente effettuata una selezione di qualità e di valore dell'esistente. Come nel caso dell'ex area Misericordia e Dolce di Prato, l'Amministrazione ha, infatti, concesso

la demolizione dei manufatti non storici risalenti agli anni '50, '60 e '70 del novecento, considerati obsoleti, valorizzando l'architettura del complesso storico e restituendo alla città l'intera area, con la realizzazione di un parco urbano.

Nel caso dell'Ospedale Civile di Fermo, alcuni edifici non hanno alcun valore storico e nascono da esigenze di espansione dell'originale presidio. L'idea di una parziale demolizione di edifici successivi agli anni '60 e della realizzazione di aree pubbliche o di un parco urbano significherebbe aprire ai cittadini un nuovo spazio per la quotidianità. L'ipotesi è ulteriormente avvalorata dall'assenza sia di spazi pubblici nel quartiere che di aree verdi cittadine nel centro storico, ad eccezione del parco del Duomo e di piccoli spiazzi limitati. La realizzazione di spazi per i cittadini invertirebbe l'attuale chiusura dell'area, aprendola invece alla città. L'intera porzione di città, con nuove funzioni e con spazi pubblici, costituirebbe un nuovo punto di incontro.



**Figura 27** | Planimetria di Fermo con identificazione di servizi presenti nel territorio cittadino

- Ospedale Murri
- Musei
- Luoghi dell'Istruzione
- Uffici/Ambulatori





# 05

---

## Le metodologie di analisi dei processi decisionali

---

Nell'affrontare problemi complessi, l'utilizzo esclusivo di metodi quantitativi, come la tradizionale analisi costi-ricavi, risulta una scelta poco idonea alla necessità di rispondere nella maniera più completa possibile alla questione. Infatti, limitarsi ai dati quantitativi significa non tener conto di tutte le problematiche, come quelle di natura sociale o ambientale, che un problema decisionale comporta. Esistono numerose modalità, diverse tra loro per caratteristiche dell'intervento, per processi e fasi, che supportano l'attività decisionale, strutturando e analizzando il problema, con il coinvolgimento di aspetti di diversa natura. Vi sono numerosi metodi e strumenti che sono in grado di strutturare, programmare, controllare e gestire la complessità dei processi decisionali e molti svolgono ruoli significativi nell'ambito delle trasformazioni territoriali e della pianificazione urbana, permettendo il coinvolgimento di più soggetti.

Tra le metodologie si collocano i metodi di strutturazione dei problemi complessi

(Problem Structuring Methods - PSM) e le Analisi Multicriteri (AMC o MCDA).

### 5.1 I Problem Structuring Methods (PSM)

I PSMs sono una famiglia di metodi partecipativi e interattivi il cui scopo è quello di aiutare gruppi di diversa composizione ad affrontare una complessa situazione problematica di interesse comune (Franco 2006). Essi sono un ampio gruppo di approcci alla gestione dei problemi il cui obiettivo è di aiutare a strutturare i problemi piuttosto che direttamente a risolverli. Sono di carattere partecipativo e interattivo e in linea di principio offrono l'accesso a una serie di situazioni problematiche, per le quali le tecniche tradizionali hanno una limitata applicabilità (Rosenhead 1996). Tipicamente i PSM operano in modo non lineare, passando liberamente tra le diverse modalità o fasi del metodo, in risposta alle dinamiche della discussione di gruppo (Rosenhead 1996). Questi

metodi hanno varie implicazioni tecniche, per esempio rappresentare la complessità del problema graficamente, piuttosto che algebricamente o in tabelle di risultati numerici, sarà di aiuto alla partecipazione (Rosenhead 1996). Quello che ogni PSM offre è un modo di rappresentare la situazione (cioè, un modello o modelli) che permetterà ai partecipanti di chiarire la loro situazione, convergere su un problema reciproco potenzialmente attuabile, e concordare impegni che almeno in parte lo risolveranno (Rosenhead e Mingers 2004).

Tutti i PSM, per come sono organizzati, risultano idonei a strutturare e approfondire un problema complesso, che coinvolga più attori e per il quale non vi sono sufficienti dati quantitativi. Per Rosenhead e Mingers (2004) sono PSM quei metodi che consentono di mettere in relazione tra loro diverse prospettive alternative; che sono accessibili cognitivamente ad attori con una vasta gamma di background e senza una formazione specialistica, in modo che la rappresentanza in via di sviluppo possa impostare un processo partecipativo di strutturazione dei problemi, che operano in modo iterativo, in modo che la rappresentazione del problema si adatti allo stato e alla fase di discussione tra gli attori, e viceversa, che permettono che i miglioramenti parziali o locali siano identificati, piuttosto che richiedere una

soluzione globale, il che implicherebbe una fusione dei vari interessi. I metodi consentono quindi di esplorare i possibili scenari futuri, di indagare lo spazio delle molteplici soluzioni, impossibilitando la ricerca della migliore ipotesi.

Come già emerso, i PSM operano durante workshop, in cui un esperto del metodo, un facilitatore, con ruolo neutrale, consente a ciascun partecipante di esprimere le proprie opinioni, superando difficoltà e timori dettati da rapporti di potere, da differenti capacità relazionali. I contributi sono costantemente controllati e chiariti dal facilitatore del PSM, che riduce le possibilità di ambiguità e confusione durante il processo (Franco 2006). Infatti le problematiche coinvolgono diverse parti interessate con valori o interessi potenzialmente in conflitto, con prospettive diverse, molte incertezze e spesso una mancanza di dati affidabili (Mingers 2011).

La parola chiave in un PSM è “strutturare”. La strutturazione è utilizzata nel senso di identificare concetti e attività rilevanti per la situazione problematica, di chiarire le relazioni tra loro, di concentrarsi su aree chiave ed escluderne altre, almeno temporaneamente, e, in alcuni casi, di generare e valutare opzioni alternative per un’azione consequenziale (Franco 2006). I PSMs aiutano quindi a sviluppare e definire la struttura del problema, con lo scopo di ridurre le incertezze e aumentare la com-

preensione del problema da parte dei soggetti partecipanti, così da poter stabilire accordi ed assumere responsabilità relative ad impegni concreti.

In generale, i PSMs suggeriscono diverse modalità di affrontare la complessità e alla base hanno lo scopo di trasformare in ordine ciò che è disordinato e irrisolvibile. Ciò implica una struttura chiara che guidi il processo decisionale. Da qui lo sviluppo di diverse metodologie, differenti per campi di applicazione, per utilizzo e per letteratura, tra i quali i principali sono Soft System Methodology (SSM), Strategic Options Development and Analysis (SODA) e Strategic Choice Approach (SCA).

La SSM è un metodo generale per il ridisegno del sistema. In una prima fase è prevista la costruzione di idee-tipo da parte dei partecipanti, che rappresentino visioni diverse del mondo. La seconda fase prevede la comparazione di tali scenari, da cui si genera un dibattito relativo a cambiamenti più o meno auspicabili e culturalmente realizzabili. Lo scopo è quello di ottenere un accordo sui cambiamenti della situazione, che le diverse prospettive e visioni del mondo potrebbero accogliere (Mingers 2011).

Il metodo SODA è un metodo di identificazione del problema, che utilizza mappe cognitive come strumento di definizione e di visione personale della situazione da

parte dei soggetti. L'unione delle mappe mostra un quadro generale per facilitare la discussione di gruppo, mediata da un facilitatore, che conduce alla definizione di un portfolio di azioni. Il metodo SCA, pianificatorio, è, invece, un approccio centrato sulla gestione dell'incertezza e della mancanza di informazioni. Consiste nella definizione di aree decisionali e nell'identificazione di interconnessioni tra esse. I partecipanti, attraverso quattro fasi, *shaping mode*, *designing mode*, *comparing mode* e *choosing mode*, con l'aiuto di un moderatore, cercano di rispondere al problema decisionale.

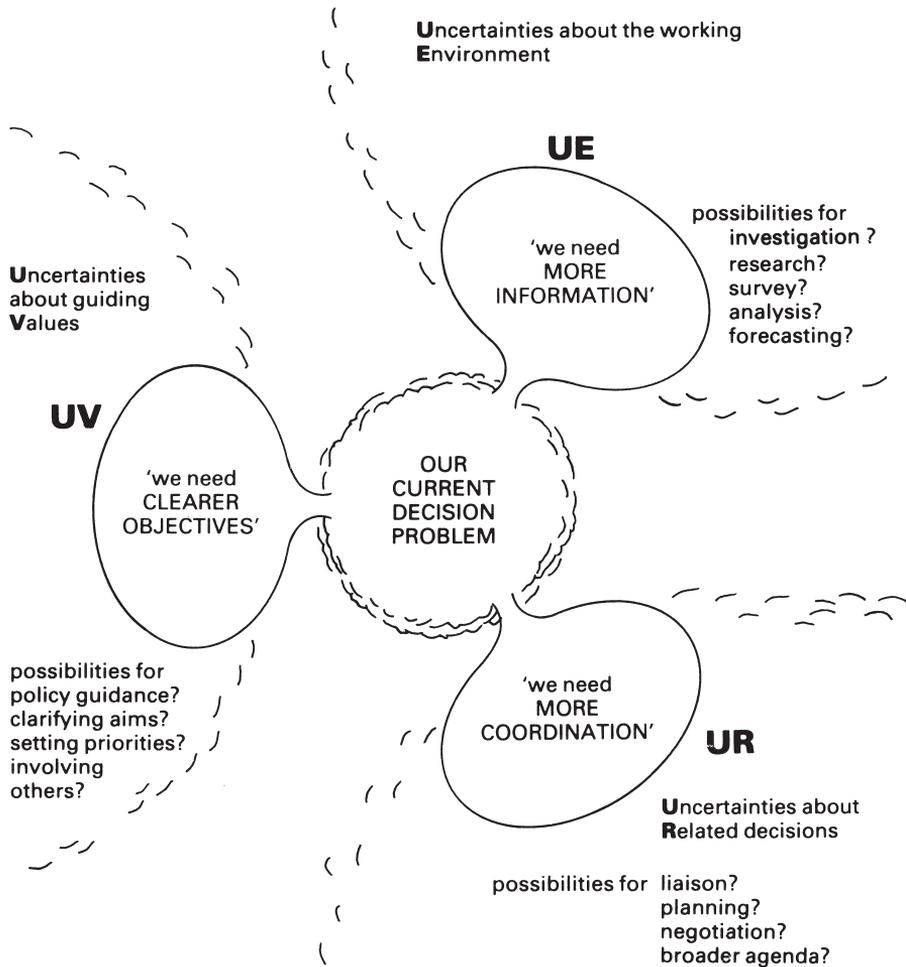
### **5.1.1 Strategic Choice Approach (SCA)**

Lo Strategic Choice Approach, e quindi l'approccio alla pianificazione di fronte all'incertezza, ha avuto origine alla fine degli anni '60 in un progetto di ricerca che si occupava di comprendere i processi decisionali strategici nell'amministrazione cittadina (Friend 1993). Ci sono diverse modalità di affrontare la sfida della pianificazione in un contesto incerto e di concepire la pianificazione: in questo caso essa è vista come un processo concettuale, un processo di scelta che si svolge in modo rigoroso nel tempo (Friend & Hickling 2005). Comune a quasi tutti i processi legati alla pianificazione, alle scelte future, è la presenza di uno o più decisori con diffi-

coltà nello scegliere come agire in risposta ad un definito problema decisionale, per il quale non vi è un'unica soluzione possibile. Il primo passo consiste nell'identificare e definire il problema decisionale e le relative incertezze. La **Figura 1** rappresenta una situazione decisionale: il problema è raffigurato come una nuvola per indicare che la sua forma non sarà sempre chiara, ma in qualche modo oscura e a tratti indefinita. Oltre alla complessità del problema, i responsabili delle decisioni subiscono una certa pressione per arrivare ad una decisione, ma non sanno quale linea d'azione dovrebbero seguire (Friend & Hickling 2005). Vi sono infatti diverse opinioni, diverse modalità di rispondere al problema e risulta necessario una modalità di organizzazione, che permetta di esplorare il problema, di strutturarlo e di pianificare azioni possibili. Nell'affrontare una questione vengono tipicamente effettuate tre tipologie di richieste nel tentativo di gestire lo stato di incertezza e la maggior parte di esse risultano richieste di maggiore informazione, di obiettivi più chiari e di maggiore coordinamento. Questi tre tipi di incertezza (**Figura 1**) giocano un ruolo importante nella filosofia della pianificazione, intesa come scelta strategica; possono essere formalmente descritti come segue (Friend & Hickling 2005): Uncertainties about working environment (UE), legate al contesto con

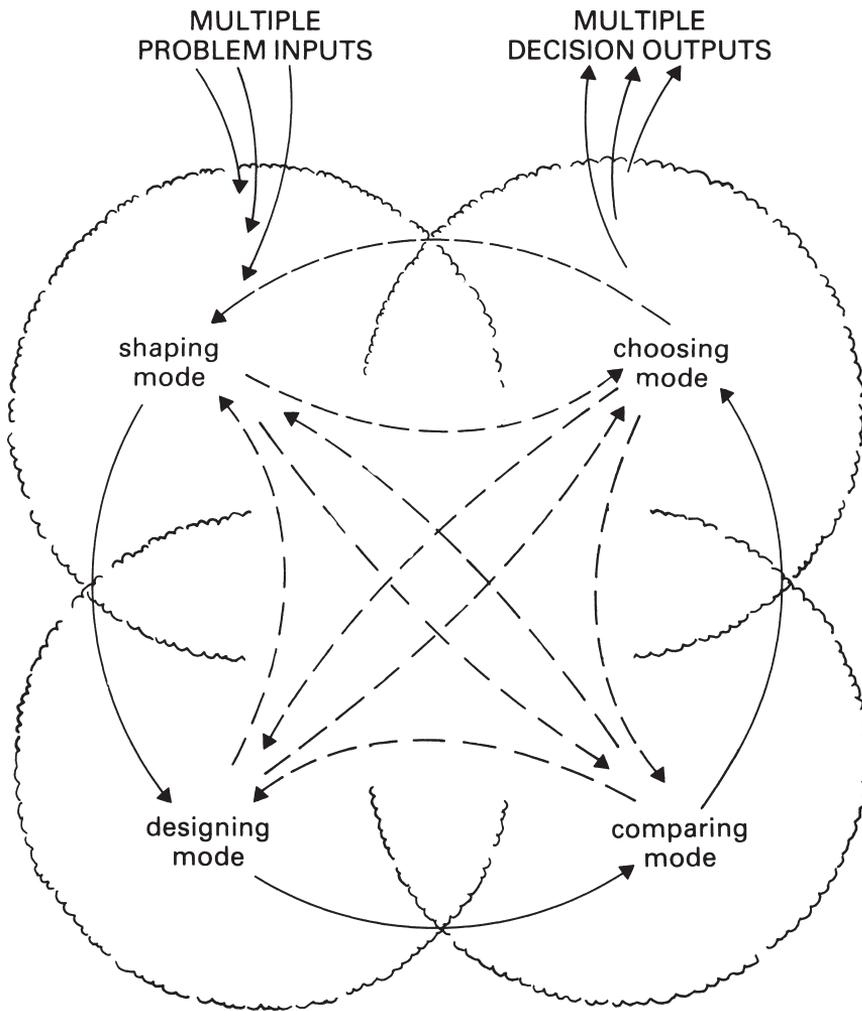
la necessità di maggiori informazioni, Uncertainties about guiding value (UV), legate ai valori guida, con la necessità di definire gli obiettivi in modo più chiaro, Uncertainties about related decisions (UR), legate alle decisioni correlate, con richiesta di coordinamento. Continuando lo sviluppo del processo, è utile vedere come vi sia un costante spostamento tra diverse e complementari modalità di affrontare l'attività decisionale. Nella semplice situazione di un processo decisionale sequenziale, tale movimento può essere visto tra due modalità complementari: una riguarda la progettazione di possibili linee d'azione, l'altra la comparazione tra queste, alla luce delle possibili conseguenze (Friend & Hickling 2005). Tuttavia, il processo più diffuso, caratteristico del problema decisionale, comporta la gestione di più input e di output, senza chiare relazioni sequenziali tra loro. Un processo di tale tipo, piuttosto elaborato, può essere sintetizzato con l'aggiunta di ulteriori due modalità, di strutturazione e di scelta, per un totale di quattro fasi (**Figura 2**). La fase di strutturazione (shaping mode) consiste nello studio da parte dei decisori delle aree decisionali, delle connessioni tra esse e della relativa importanza e urgenza, in relazione al problema. Lo scopo è individuare un focus ristretto di elementi cruciali. La seconda fase (designing mode) identifica per ciascuna area decisionale le

## TRE TIPI DI INCERTEZZA



**Figura 1** | Tre tipi di incertezze  
Fonte | Planning Under Pressure, 2005

## IL PROCESSO DI SCA



**Figura 2** | Il processo di Strategic Choice  
Fonte | Planning Under Pressure, 2005

possibili azioni fattibili e ne verifica la reciproca incompatibilità, arrivando poi ad una serie di schemi decisionali. Nella terza fase di comparing, gli schemi decisionali sono confrontati a coppie, con valutazioni in base a nuove aree di confronto e criteri determinati. Attraverso una griglia di vantaggio comparato permette di valutare aspetti e conseguenze, portando magari alla revisione delle soluzioni. L'ultima fase (choosing mode) è una fase di accordi, in cui delle scelte devono essere fatte dalle parti coinvolte. Il processo non ha un'unica direzione, ma può seguire movimenti tra una fase e l'altra. Tendenzialmente l'applicazione della metodologia avviene attraverso workshop partecipativi e i soggetti utilizzano SCA per rappresentare e comprendere il problema.

Di seguito sono esplicate in modo approfondito la prima fase (shaping mode) e la seconda fase (designing mode), utilizzate nel presente lavoro.

### **Shaping mode - fase di strutturazione**

Elemento basilare per la strutturazione del problema è il concetto di *decision area*. Un'area decisionale è un mezzo per descrivere e etichettare qualsiasi situazione in cui i soggetti vedono l'opportunità di scegliere tra diverse linee d'azione (Friend & Hickiling 2005). Ogni area, sinteticamente descritta e dotata di una parola

chiave identificativa, un label, è un problema specifico del più esteso problema decisionale. Oltre che alle decisioni, gli interessati sono soggetti ad un senso di pressione, che li incita a partecipare attivamente e a impegnarsi per ottenere risultati. Un elenco di decision areas (**Figura 3**) può essere costituito da una molteplicità di aspetti, anche molto diversi tra loro, determinanti per il problema decisionale. Alcune delle decision areas possono essere viste come interconnesse, nel senso che è possibile considerarle congiuntamente piuttosto che tentare di giungere a decisioni che prendano ciascuna di esse una alla volta. Utilizzando dei cerchi etichettati per rappresentare le aree decisionali e le linee di collegamento per riprodurre la presenza di collegamenti diretti tra loro, è possibile costruire graficamente un'immagine delle relazioni reciproche (Friend & Hickiling 2005). Le linee di collegamento, chiamate "*decision link*", indicano una relazione tra due aree decisionali, esprimendo la possibilità e la convenienza nel trattare congiuntamente le due aree. È importante notare in questa fase che il concetto di link decisionale non implica alcuna scelta particolare sulla sequenza in cui le decisioni collegate dovrebbero essere prese, o su possibili relazioni causali. Friend e Hickiling aggiungono che in ogni situazione in cui un problema complesso può essere espresso in termini di un

## DECISION AREAS

DECISION AREA	LABEL
which route to choose to take the new arterial road across South Side ?	ROAD LINE?
where to locate the local shopping centre for South Side ?	SHOP LOC'N?
whether or not to declare West Street a housing improvement area ?	WEST ST?
what land use to specify for the area of cleared housing in the centre of South Side	CENT'L SITE?
what level of investment to indicate for the continued life of South Side as a residential area ?	DIST LIFE?
what land use to specify for the disused gasworks site ?	GAS SITE?
when to schedule the closure of Griffitts Road school ?	GRIFF SCHL?

**Figura 3** | Shaping mode - Decision Areas  
Fonte | Planning Under Pressure, 2005

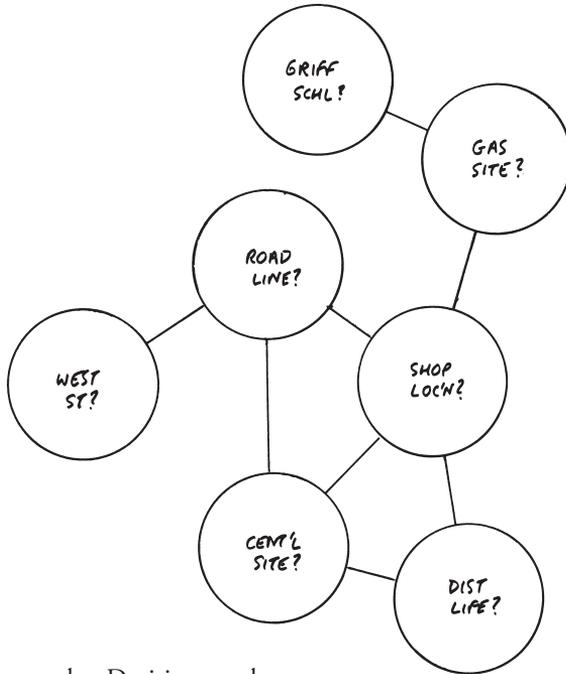
insieme di diverse aree decisionali, alcune delle quali direttamente collegate da link, è possibile costruire una visione più ampia della struttura del problema sotto forma di *decision graph* (**Figura 4**). Un decision graph non è altro che una “mappa” bidimensionale che mostra un insieme di aree decisionali e un insieme di collegamenti che collegano alcune coppie ma non altre (2005). In tale rappresentazione grafica non vi sono regole definite nel posizionare le aree, ma al variare della collocazione, il significato rimarrebbe invariato.

Il decision graph serve a mostrare un’immagine degli elementi di un problema complesso e delle relative relazioni, favorendo la messa in discussione e l’approfondimento delle aree decisionali. Quando il grafico decisionale presenta una struttura complessa con numerosi elementi, difficili da gestire simultaneamente, è necessaria la selezione di un sottoinsieme delle aree decisionali, per permettere uno sviluppo più approfondito delle questioni. Questa fase prevede l’individuazione di un *problem focus* (**Figura 5**), che segna il passaggio dalla fase di shaping mode a quella di designing. A partire dal decision graph, per rendere il lavoro meno complesso e ridurre il numero di connessioni, definendo l’urgenza e l’importanza delle diverse aree decisionali, vengono selezionate quelle che costituiranno il problem focus.

### **Designing mode - fase di progettazione**

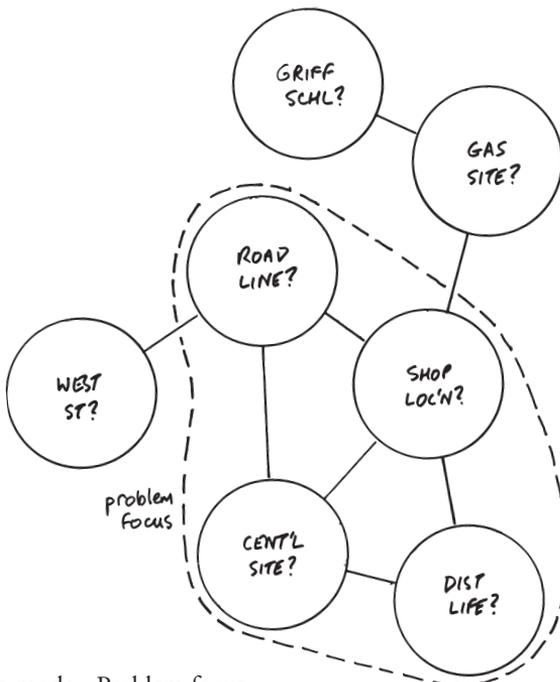
Il decision graph, anche se rappresenta il problema, non indica tutte le azioni possibili. Difatti, per ciascuna area decisionale devono essere individuate delle *decision options* (**Figura 6**), che indicano le possibili linee di azione. Nel definire le opzioni, i partecipanti approfondiscono le decision areas e, nel corso del dibattito, potrebbero far emergere le diverse idee in merito al numero di opzioni e alle modalità di definizione. Inoltre, importante per il processo è il fatto che le opzioni all’interno di un’area si escludano a vicenda. Tener conto di tale caratteristica aiuta a focalizzare l’attenzione critica sulla decision area in questione. A ciascuna decision option è poi assegnata un’etichetta che ne sintetizza il contenuto per le analisi successive. Una volta identificate le opzioni, si pone la domanda su quali possibilità di scelta si possono trovare, non solo all’interno di ciascuna area decisionale presa separatamente, ma anche all’interno di coppie o gruppi di aree decisionali collegate all’interno del focus selezionato (Friend & Hickling 2005). Le possibilità possono essere ridotte inserendo vincoli di incompatibilità tra le opzioni. Difatti è possibile costruire una matrice di compatibilità, in cui ciascun rapporto di incompatibilità tra coppie di opzioni è segnato con una croce, andando a costituire l’option bar.

## DECISION GRAPH



**Figura 4** | Shaping mode - Decision graph  
Fonte | Planning Under Pressure, 2005

## PROBLEM FOCUS



**Figura 5** | Shaping mode - Problem focus  
Fonte | Planning Under Pressure, 2005

## DECISION OPTIONS

DECISION AREA	OPTIONS	OPTION LABEL
ROAD LINE?	- northern route - southern route	- NORTH - SOUTH
SHOP LOC'N?	- Main Street - King Square - gasworks site	- MAIN - KING - GAS
CENT'L SITE?	- industry - housing - open space	- IND - HOUS - OPEN
DIST LIFE?	- 10 year horizon - 20 year horizon - 40 year horizon	- 10 YR - 20 YR - 40 YR
options in further decision areas excluded from problem focus:		
WEST ST?	- improve West Street - no action	- YES - NO
GAS SITE?	- shopping - open space - housing - industry	- SHOP - OPEN - HOUS - IND
GRIFF SCHL?	- schedule for early closure - keep open a few more years	- EARLY - LATER

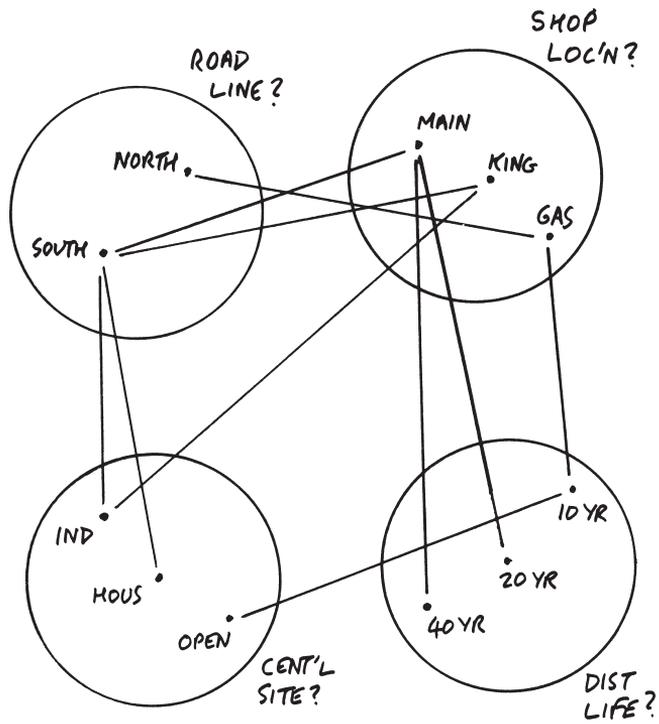
**Figura 6** | Designing mode - Decision Options  
Fonte | Planning Under Pressure, 2005

Nel caso in cui ci sia un numero consistente di aree decisionali e di opzioni da considerare, con conseguenti molteplici possibilità di combinazione, l'option bar e la verifica di compatibilità con ogni elemento potrebbero risultare complessi e laboriosi. Solitamente, infatti, per tale ragione il problem focus non comprende più di quattro o cinque decision areas. Un altro metodo, grafico, che contiene lo stesso tipo di informazioni è l'*option graph* (**Figura 7**). Esso non è altro che una rappresentazione diagrammatica delle compatibilità e incompatibilità delle opzioni all'interno di un problem focus (Friend & Hickling 2005). Ogni cerchio, che rappresenta una decision area, ha al suo interno le opzioni possibili, rappresentate con il label di riferimento. Tale grafico permette di rappresentare le relazioni di incompatibilità tra le coppie di opzioni specifiche con il tracciamento di un collegamento. Questo risulta un metodo visivamente più efficace rispetto alla matrice, anche se la scelta di utilizzare le linee di collegamento come segno di incompatibilità piuttosto che di compatibilità, può essere ritenuta poco intuitiva. Il passo successivo prevede la definizione del concetto di *decision scheme* (**Figura 8**). Uno schema decisionale è una combinazione fattibile di opzioni, tratte da ciascuna delle aree decisionali appartenenti al problem focus e compatibili tra loro, non

violando le condizioni espresse nell'*option graph*.

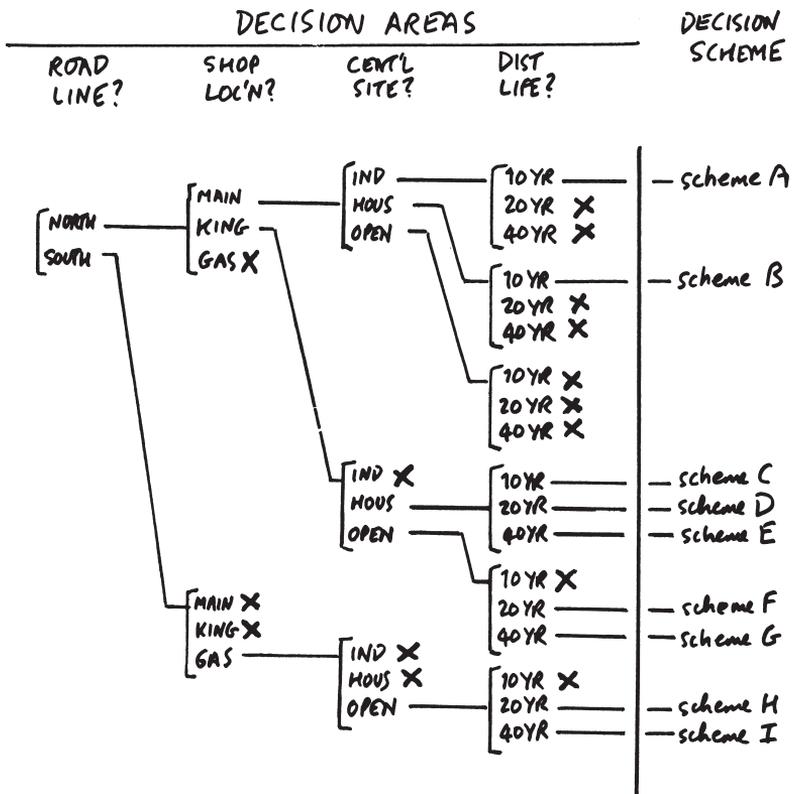
È necessario costruire, seguendo una procedura logica, una struttura ad albero, l'*option tree*, a partire dalle decision areas, ordinate secondo l'importanza, appartenenti al problem focus. Così, lungo i rami della struttura ad albero sono mostrate le opzioni decisionali di ciascuna area e la compatibilità con l'opzione delle aree precedenti. L'*option tree* mostra, in conclusione, tutte le possibili combinazioni di opzioni, identificate con un'etichetta alfabetica. Costruiti tutti i possibili decision schemes, il metodo prevede le fasi di comparing mode e di choosing mode, che non sono trattate in modo approfondito, poiché non ne è prevista l'applicazione nel caso del lavoro di tesi.

## DECISION GRAPH



**Figura 7** | Designing mode - Decision Graph  
Fonte | Planning Under Pressure, 2005

## OPTION TREE DECISION SCHEMES



**Figura 8** | Designing mode - Option tree  
Fonte | Planning Under Pressure, 2005

## 5.2 I Multi-Criteria Decision Analysis (MCDA)

Il termine ‘criterio’ indica uno strumento in base al quale scegliere e giudicare. Nel contesto decisionale, ciò implica una sorta di modalità per cui una particolare scelta o linea d’azione potrebbe essere giudicata più desiderabile di un’altra. La considerazione di diverse scelte o linee d’azione diventa un problema decisionale a criteri multipli (MCDM) quando esistono diversi criteri che contrastano in misura sostanziale (Belton & Stewart 2002). Ogni decisione prevede, infatti, il bilanciamento di molteplici fattori, così da poterli impiegare nel processo. Sia con decisioni personali che di gruppo, ogni scelta importante potrebbe comportare conseguenze, impatti anche a lungo termine ed errori difficili da risolvere. In tali casi è richiesto il supporto di strumenti e metodi all’attività umana, non sempre in grado di tenere in considerazione tutti i fattori e le informazioni, di natura complessa e mutevoli nel tempo. Belton & Stewart affermano che uno degli obiettivi principali degli approcci MCDA è quello di aiutare i decisori a organizzare e sintetizzare tali informazioni in un modo che li porti a sentirsi a proprio agio e sicuri di prendere una decisione, riducendo al minimo il potenziale di rimpianto post-decisione, essendo soddisfatti che tutti i criteri

o fattori siano stati correttamente presi in considerazione (2002). MCDA è un termine che sintetizza l’insieme di tutti quegli approcci formali che cercano di aiutare individui o gruppi nell’analizzare decisioni importanti, tenendo conto di più criteri. È importante inoltre evidenziare che i MCDA non forniscono né la risposta giusta né un’analisi obiettiva che riduce la responsabilità dei decisori e le fatiche del processo decisionale. Infatti tali analisi sono possono essere paragonate ai risultati della Ricerca Operativa, ma MCDA nello specifico aiuta il processo decisionale, integrando la misurazione oggettiva con il giudizio di valore e rendendo esplicita e gestibile la soggettività. Quest’ultima è infatti insita in ogni processo decisionale, nei criteri di giudizio e nel peso relativo attribuito. I MCDA non dissipano tale soggettività, ma cercano semplicemente di rendere esplicita la necessità di giudizi soggettivi e trasparente il processo con cui essi sono presi in considerazione, anche se non sempre si tratta di un processo facile (Belton & Stewart 2002). Tali metodi facilitano inoltre l’apprendimento e la comprensione del problema decisionale, delle priorità, dei valori e degli obiettivi, e, attraverso l’esplorazione di tali criteri, conducono ad una linea d’azione favorita. In sintesi, i MCDA cercano di tenere conto di molteplici e contrastanti criteri per aiutare il processo decisionale; il

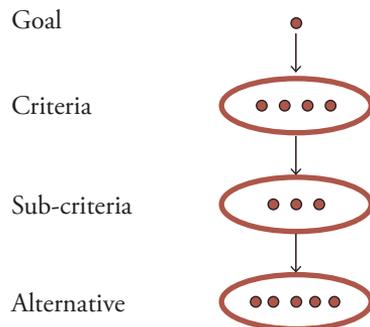
processo aiuta a strutturare il problema; i modelli utilizzati forniscono un focus e un linguaggio di discussione; l'obiettivo principale è quello di aiutare i decisori a conoscere il problema (Belton & Stewart 2002). Essi sono utilizzati in molteplici ambiti, ma nel contesto delle trasformazioni territoriale è ampiamente apprezzato (Figueira et al. 2005).

Tra i metodi appartenenti alla famiglia di MCDA è stato scelto il sistema a network dell'Analytic Network Process (ANP), sviluppato dal matematico Saaty (2005).

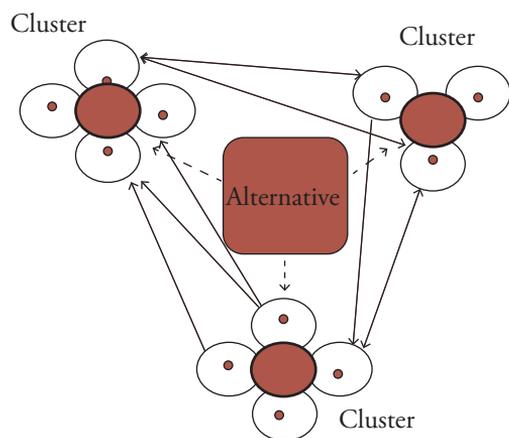
### 5.2.1 Analytic Network Process (ANP)

L'Analytic Network Process (ANP) è una metodologia multicriteri in grado di considerare una vasta gamma di criteri quantitativi e qualitativi, secondo un modello complesso (Saaty 2001, 2005). L'ANP è una generalizzazione di Analytic Hierarchy Process (AHP), sviluppato dallo stesso Saaty, che considera le dipendenza tra gli elementi ordinati secondo gerarchia. Molti problemi decisionali, però, non possono essere strutturati gerarchicamente perché implicano l'interazione e la dipendenza di elementi di livello superiore in una gerarchia da elementi di livello inferiore. L'ANP, invece, è rappresentata da una rete, piuttosto che da una gerarchia. La struttura di relazioni non ha la forma dall'alto verso il basso tipica

della gerarchia, ma si conforma come una rete, con cicli che collegano i suoi componenti di elementi, che non possiamo più chiamare livelli, e con cicli che collegano un componente a se stesso (Saaty 2001) (Figure 9 e 10).



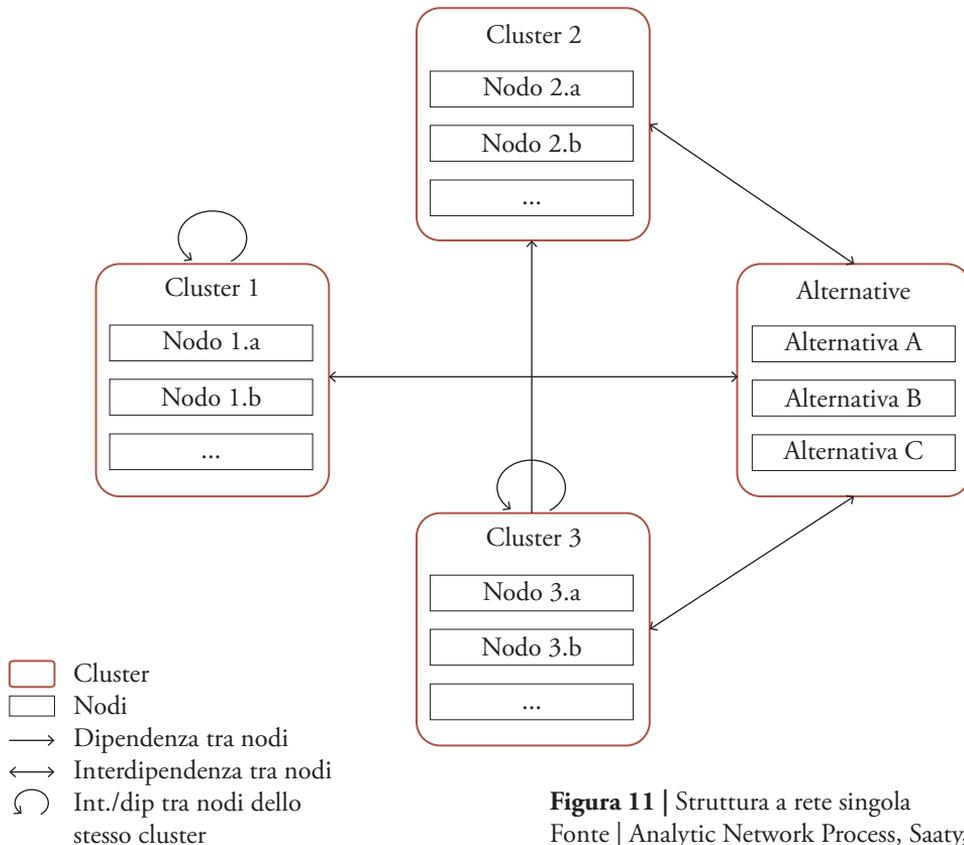
**Figura 9** | Struttura gerarchica AHP  
Fonte | Analytic Network Process, Saaty, 2005



**Figura 10** | Struttura a network ANP  
Fonte | Analytic Network Process, Saaty, 2005

L'ANP permette di affrontare il processo decisionale tenendo conto dei legami con altre decisioni e, attraverso una strutturazione del problema decisionale in una rete, utilizza un sistema di confronti a coppie per misurare i pesi dei componenti della struttura e per classificare le alternative (Lami & al. 2014). Entrando nello specifico del metodo ANP, la prima fase consiste nella strutturazione del problema decisionale. Dopo aver identificato l'obiettivo da raggiungere (*goal*), il problema viene scomposto in *nodi* o parti elementari, aspetti fondamentali della questione in esame che ne influenzano lo

sviluppo. I nodi sono poi raggruppati in classi omogenee, definiti *cluster*: i cluster delle alternative, ossia le possibili soluzioni al problema, e i cluster dei criteri. Nodi e cluster sono poi messi in relazione tra loro, evidenziando dipendenze e interdipendenze. Esistono due tipologie di modelli per strutturare il problema: a seconda dei casi, si può costruire un modello a rete "singola" (**Figura 11**) o un modello a rete "complessa". La differenza consiste nella diversa logica che precede la costruzione della rete. Infatti Saaty per lo sviluppo della rete complessa introduce uno schema logico BOCR (Benefici,



**Figura 11** | Struttura a rete singola  
 Fonte | Analytic Network Process, Saaty, 2005

Opportunità, Costi, Rischi), simile all'analisi SWOT, che permette di cogliere aspetti positivi e negativi della decisione nel tempo. Il problema viene difatti scomposto e analizzato secondo i quattro aspetti del BOCR, sviluppando un'analisi per ciascuna sotto-struttura e aggregando in un secondo momento i diversi risultati, per un'unica soluzione. La struttura a rete singola è un approccio free-modeling, non supportato da alcuna struttura predeterminata, e prevede cluster e nodi collegati tra loro. Le relazioni possono essere di dipendenza e di interdipendenza tra nodi appartenenti a cluster diversi e di dipendenza tra nodi dello stesso cluster. L'assenza di un metodo definito fa sì che il modello a rete singola sia molto più difficile da costruire e applicare in maniera corretta rispetto al modello a rete strutturata. Però, se impostato idoneamente, questo ultimo modello risulta in grado di rappresentare maggiore interazione tra gli elementi decisionali (Lami & al. 2008). Infatti la rete singola permette di confrontare tra loro aspetti determinati, che magari sono difficilmente classificabili con BOCR. Dopo aver costruito il modello in tutte le sue partite necessario determinare le priorità degli elementi della rete e delle alternative. Questo è possibile con il metodo della comparazione. La seconda fase prevede infatti un confronto a coppie, necessaria per stabilire l'importanza relativa

degli elementi rispetto ad un componente specifico della rete, definito genitore. I confronti, sviluppati sia a livello dei cluster che a livello dei nodi, dipendono dai collegamenti definiti in precedenza tra gli elementi. Nello svolgimento del confronto a coppie occorre stabilire una preferenza tra i due elementi figli, comparati in relazione all'elemento genitore. Il giudizio espresso deve avere però un valore numerico. Per fare questo, piuttosto che assegnare semplicemente un punteggio dalla memoria di una persona che appare ragionevole, bisogna fare confronti reciproci a coppie in modo scientifico attentamente progettato (Saaty 2001). A tale scopo è introdotta la *scala fondamentale* dei numeri assoluti di Saaty (Saaty 2005) (**Figura 12**): ogni singolo elemento viene valutato utilizzando una scala a nove punti, che traduce i giudizi verbali in valutazioni numeriche. I valori espressi sono poi trascritti

Intensità	Definizione
1	Importanza uguale
3	Moderata importanza
5	Importanza forte
7	Importanza molto forte
9	Estrema importanza
2,4,6,8	Valori intermedi

**Figura 12** | Scala fondamentale di Saaty  
Fonte | Analytic Network Process, Saaty, 2005

ti in una matrice quadrata  $n \times n$ , dove  $n$  è il numero di elementi da valutare, con  $m$  gli elementi al livello superiore (**Figura 13**). Le matrici risultanti hanno la diagonale costituita da elementi uguali a 1 e godono della proprietà della reciprocità, ovvero i numeri nella parte superiore della diagonale, che corrispondono ai giudizi dati, hanno i loro valori reciproci nella parte inferiore. Da ciascuna matrice è possibile ricavare il vettore priorità (locale), che descrive la preferenza tra i nodi confrontati. L'insieme di tutti i vettori priorità dei confronti a coppie costituisce la supermatrice non pesata. Una supermatrice (**Figura 14**) rappresenta le relazioni che esistono all'interno del modello della rete e i relativi pesi assegnati (Lami & al. 2014). La costruzione delle supermatrici costituisce la terza fase del processo. In una supermatrice vi sono blocchi nulli (costituiti da 0) quando sono assenti relazioni di influenza

tra nodi dei cluster. Nel momento in cui esistono relazioni di dipendenza e interdipendenza tra nodi, la supermatrice contiene blocchi non nulli, con valori diversi da 0. Una supermatrice mostra sia l'esistenza di relazioni di influenza, compresi anche i loop, sia le priorità degli elementi che costituiscono il problema decisionale. Nello sviluppo dell'ANP sono generate 3 diverse matrici: la *supermatrice non pesata* (o supermatrice iniziale), che contiene tutti i vettori priorità generati dalle matrici di confronto a coppie; la *supermatrice pesata*, stocastica, ottenuta moltiplicando i valori della supermatrice iniziale per la matrice peso dei cluster, considerando così le priorità assegnate a livello dei cluster; la *supermatrice limite*, matrice finale dell'analisi, ottenuta moltiplicando per se stessa la supermatrice pesata un numero di volte tendente ad infinito, per ottenere le priorità finali degli elementi, secondo la formula

m	1	2	3	...	n
1	1				
2		1			
3			1		
...				1	
n		Valori reciproci			1

$$\lim_{k \rightarrow \infty} W^k$$

dove  $W$  è la matrice pesata.

La supermatrice finale presenta colonne uguali tra loro, descrivente ciascuna il vettore priorità finale. Nel caso della rete singola, scelta per il presente lavoro, i risultati si ottengono automaticamente, mentre nel caso della rete BOCR è ne-

**Figura 13** | Matrice dei confronti a coppie  
Fonte | Analytic Network Process, Saaty, 2005

cessario aggregare tra loro i risultati delle supermatrici limite ottenute per ciascun aspetto seguendo formule combinatorie. La quarta fase, con la normalizzazione del vettore delle priorità finali, mostra i risultati finali, identificando l'alternativa favorita tra le possibili. Una ultima fase, possibile solo per la struttura a rete BOCR, consiste nell'analisi di sensitività, che permette di valutare il cambiamento

dei risultati al variare dei pesi attribuiti. L'ANP, in conclusione, risulta un metodo efficace di identificazione di una alternativa favorita, tenendo conto della molteplicità di criteri coinvolti. In supporto allo sviluppo dell'intero metodo, è utilizzato il software superdecisions (<http://www.superdecisions.com>), che semplifica la strutturazione del problema e la restituzione dei risultati.

		$C_1$				$C_2$				...	$C_N$			
		$e_{11}$	$e_{12}$	...	$e_{1n1}$	$e_{21}$	$e_{22}$	...	$e_{2n2}$	...	$e_{N1}$	$e_{N2}$	...	$e_{NnN}$
$C_1$	$e_{11}$	$W_{11}$				$W_{12}$				...	$W_{1N}$			
	$e_{12}$													
	...													
	$e_{1n1}$													
$C_2$	$e_{21}$	$W_{21}$				$W_{22}$				...	$W_{2N}$			
	$e_{22}$													
	...													
	$e_{2n2}$													
...	...	...				...				...	...			
$C_N$	$e_{N1}$	$W_{N1}$				$W_{N2}$				...	$W_{NN}$			
	$e_{N2}$													
	...													
	$e_{NnN}$													

- N numero dei cluster
- n numero dei nodi all'interno del cluster N-esimo
- $C_N$  cluster N-esimo
- $e_{Nn}$  nodo n-esimo all'interno del cluster N-esimo
- $W_{ij}$  blocco della supermatrice che contiene i vettori priorità (w) dell'influenza dei nodi del cluster i-esimo rispetto al cluster j-esimo

**Figura 14** | Struttura della Supermatrice  
 Fonte | Analytic Network Process, Saaty, 2005

### 5.3 La combinazione di PSMs e MCDA

I Problem Structuring Methods e i Multi-Criteria Decision Analysis negli ultimi venti anni hanno visto crescere l'interesse sia nella teoria che nella pratica. Questo è evidente dal numero significativo di applicazioni che combinano i metodi di analisi multi-criteriale alle metodologie di strutturazione dei problemi complessi. Nello specifico, Belton & al. hanno effettuato una revisione della letteratura che tiene conto delle combinazioni tra otto PSM (Cognitive and Causal Maps, DPSIR, Scenario Planning, SSM, Stakeholder Analysis, Strategic Choice Approach, SODA e SWOT) e sette MCDA (AHP, ANP, ELECTRE, MAUT, MAVT,

PROMETHEE e TOPSIS), identificando e analizzando 333 articoli pubblicati nel periodo 2000-2015, selezionandone 68 che coprono tutte le combinazioni PSM-MCDA in diversi campi di applicazione e studiandoli nel dettaglio (2017). Lo studio è stato svolto per verificare l'effettivo utilizzo congiunto dei metodi e per far emergere vantaggi e limiti delle applicazioni. Dall'analisi della letteratura (**Figura 15**) emerge che i metodi più utilizzati nella combinazione con MCDA sono l'analisi SWOT e Scenario Planning, mentre le metodologie come SSM, SODA, SCA sono meno utilizzate, con un totale di 14 applicazioni con MCDA in 15 anni. Nella tabella successiva (**Figura 16**), di cui è posta in evidenza la porzione ritenu-

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Stakeholder Analysis	1	1	0	0	2	1	3	0	1	2	5	5	2	3	2	2
Cognitive/Group M.	0	0	0	1	0	2	1	1	1	2	1	2	2	0	3	2
DPSIR	0	0	0	0	0	2	2	3	3	4	9	3	5	7	4	11
SWOT	1	1	0	0	2	0	2	6	6	10	8	14	14	30	23	15
Scenario Planning	0	1	3	2	0	1	4	5	4	3	5	10	9	14	12	13
SSM, SODA, SCA	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	2	1	2	1	5	1
Totale	2	3	3	3	4	6	12	16	15	22	30	35	34	55	49	44

**Figura 15** | Articoli pubblicati con combinazioni PSM-MCDA negli anni 2000-2015  
Fonte | Belton & al. 2017

	Stakeholder Analysis	Cognitive/Group M.	DPSIR	SWOT	Scenario Planning	SSM, SODA, SCA	T	%
AHP	8	5	36	92	13	2	156	42,7
ANP	0	1	3	18	1	0	23	6,3
Altro	23	14	20	40	76	13	186	51
Totale	31	20	59	150	90	15	365	100

**Figura 16** | Combinazioni PSM e MCDA.  
In evidenza ANP/SCA  
Fonte | Belton & al. 2017 - porzione

ta significativa per lo sviluppo del lavoro, Belton & al. (2017) hanno suddiviso i metodi MCDA in tipologie, associandone ciascuno alle applicazioni con specifici PSM: è evidente la preferenza di Analytic Hierarchy Process (AHP) e di Analytic Network Process (ANP), con il 49% di combinazioni PSM-MCDA, tra le quali risultano assenti quelle tra SSM, SAST, SCA, SODA e ANP. Sono stati catalogati solo quattordici articoli in cui queste metodologie e l'MCDA sono stati combinati. Quattro di questi articoli coprono un singolo caso in cui è stato impiegato il SODA; SSM o parti di esso è stato applicato in otto articoli, SCA in due e SAST in uno (Belton & al. 2017). Tra questi, l'utilizzo di SSM e MCDA ha permesso la gestione di problemi decisionali complessi, con numerosi stakeholders e incertezze, sviluppando processi valutativi. Tali metodologie, a differenza di altre come SWOT, sono ampie e possono risultare complesse da attuare per gli esperti del MCDA, poiché sono necessarie nuove e diverse competenze. Infatti utilizzarle senza un facilitatore può essere considerato impegnativo e, probabilmente, il numero ridotto di casi presenti in letteratura è indicativo di tali difficoltà. Inoltre nell'analizzare le combinazioni, risulta interessante evidenziare una serie di aspetti, come il numero di metodi di strutturazione utilizzati (a volte più di uno), la scelta di applicare

l'intero metodo o una porzione di esso e le modalità di integrazione con i MCDA. Infatti è possibile distinguere due tipologie di combinazioni, una "selettiva" e una "completa". La prima indica che solo alcuni elementi o fasi di PSM sono combinati con MCDA, mentre la seconda indica che tutti i componenti della metodologia sono stati applicati per lo sviluppo del modello MCDA. Esistono numerose modalità di integrazione di metodi PSM e MCDA, con evidenti combinazioni preferite per la strutturazione del problema decisionale. Ovviamente, metodi diversi hanno obiettivi diversi e quindi possono essere necessari metodologie diverse che rispondano alle esigenze del caso da strutturare: alcuni supportano solo alcune fasi, come Stakeholder Analysis, altri, più generali, come SCA, possono essere strumenti di supporto per più fasi del problema. In ogni caso, il punto più rilevante è la verifica dell'effettiva utilità della combinazione tra metodi. Possono essere sintetizzati una serie di valori positivi legati all'utilizzo dei PSM e, in questo caso, saranno ristretti al metodo SCA, poiché applicato nel lavoro di tesi. L'SCA è un metodo che ha come fulcro la generazione e la valutazione di opzioni in situazioni complesse di pianificazione e parte del processo si occupa di definire criteri e aree di confronto. Inoltre SCA è uno strumento utile nella definizione di alternative: la suddivisione di un

complesso problema decisionale in problemi specifici e l'individuazione di decision areas portano conducono a tutte le possibili opzioni del problema. Come già espresso precedentemente, il valore principale dello Strategic Choice Approach è legato all'identificazione delle incertezze. Nonostante il grande apporto di SCA alla strutturazione del problema, tale metodologia, così come SSM e SODA, richiede capacità di gestione, tempo e preferibilmente un facilitatore esperto, affiancato al facilitatore MCDA. Altri metodi come SWOT sono, invece, relativamente facili da capire e da applicare in autonomia senza ulteriori soggetti coinvolti. I PSM, nell'integrazione con i MCDA, possono garantire una analisi più approfondita delle questioni e delle prospettive di tutte le parti interessate, riducendo il rischio di risolvere 'il problema sbagliato' o di prediligere una soluzione inadeguata. L'attenzione alla strutturazione può supportare lo sviluppo del processo MCDA, scegliendo il metodo multi-criteri più appropriato (Belton & al. 2017). È certo che la combinazione di PSM e MCDA produce una visione più ricca del processo decisionale e fornisce una metodologia in grado di gestire meglio le varie fasi del processo. Secondo Belton & al., sperimentare diversi metodi in diversi tipi di problemi sarebbe utile per comprenderne meglio le potenzialità, i limiti, la facilità

d'uso e le esigenze di risorse. Tuttavia, l'opportunità di farlo in contesti autentici che coinvolgono facilitatori e analisti adeguatamente qualificati è limitata (2017). In questo contesto si inserisce il lavoro di tesi, che prevede la combinazione, assente in letteratura, di SCA e di ANP, sperimentazione le potenzialità nel caso del riutilizzo dell'ospedale di Fermo. Tale scelta prevede, in un primo momento, l'analisi del problema seguendo le fasi di shaping mode e di designing mode di Strategic Choice Approach, attraverso le quali sono definiti i possibili decision schemes. Questi ultimi costituiranno la alternativa per lo sviluppo dell'Analytic Network Process, che condurrà all'individuazione, tramite i criteri, dello scenario favorito.



## Applicazioni di Strategic Choice Approach al caso dell'Ospedale di Fermo

---

Lo Strategic Choice Approach risulta una metodologia adeguata per supportare le decisioni in merito al riutilizzo dell'Ospedale Civile di Fermo. La scelta è quella però di limitarsi all'utilizzo delle prime due fasi, *shaping mode* e *designing mode*, e di proseguire poi integrando un'analisi multicriteri. Inizialmente era stato ipotizzato lo svolgimento di un workshop con attori reali, ma per motivi organizzativi e per scelte legate allo sviluppo del lavoro stesso, si è optato per una modalità non partecipativa di applicazione del metodo, che tenesse conto di interviste personali ad attori coinvolti. Sebbene la scelta di un utilizzo individuale possa sembrare inappropriato per la natura partecipativa dell'SCA, e in generale dei PSMs, lo stesso Rosenhead afferma che anche se praticamente tutti i PSMs sono progettati per l'uso da parte dei gruppi, sono stati ampiamente utilizzati come aiuti individuali per chiarire i problemi (1996). Ulteriore obiezione potrebbe nascere in relazione alla decisione di non completare il meto-

do e le sue relative fasi, ma i singoli PSM possono essere (e sono stati) smontati e le fasi che li compongono possono essere utilizzate separatamente o agganciate ad un altro dei metodi. Essi consistono in un insieme di processi, che permette agli utenti una notevole libertà di cambiare modalità o riciclare. Essi si prestano a modifiche creative. Gli utenti possono effettuare solo alcune fasi di un metodo, o possono combinare metodi (Rosenhead 1996). L'aiuto principale, anche in un'applicazione parziale e individuale del metodo, è quello di definire, ordinare, pianificare e progettare il problema.

Dopo una prima applicazione individuale e il completamento delle prime due fasi, è stato deciso di assegnare per l'applicazione dell'SCA lo stesso caso studio ad una classe di studenti, frequentanti il corso di Laurea Magistrale in Architettura Costruzione Città del Politecnico di Torino. Tale scelta aveva un duplice scopo: da un lato avere ulteriori elaborati, svolti da altri soggetti, con cui confron-

tare il prodotto individuale, dall'altro far sperimentare e concretizzare per la prima volta il metodo agli studenti.

## 6.1 Applicazione individuale delle prime due fasi del processo di SCA

Nell'analizzare il caso studio dell'ospedale civile di Fermo, è emersa l'assenza di previsioni relative alla futura gestione del presidio e all'eventuale rifunzionalizzazione. L'oggetto di indagine è quindi caratterizzato da un gran numero di incertezze, legate al contesto, agli obiettivi e alle decisioni. In questo caso l'SCA è stato uno strumento utile per semplificare e ordinare la questione e per gestire le incertezze del caso. Attraverso le prime fasi sono state definite le aree problematiche e le loro connessioni (shaping mode), per poi andare ad indagare eventuali opzioni e soluzioni possibili (designing mode).

Prima di procedere con le fasi del metodo SCA è stato necessario definire in modo chiaro il problema decisionale: *Quale futuro per l'ospedale civile di Fermo?*

### 6.1.1 Shaping mode

Chiarito il problema decisionale, sono state definite le *decision areas* (**Figura 1**), delle problematiche specifiche inerenti il tema, che costituiscono la base della strutturazione. A ciascuna di esse è sta-

to poi assegnato un *label*, una etichetta identificativa dell'intera area. La prima decision area riguarda le possibili funzioni che potrebbero essere inserite nel sito e nell'edificio, una volta dismesso, ed ha come parola chiave "FUNZIONE?". Legate alla questione della funzione, sono state identificate due ulteriori aree: la prima in relazione al numero di funzioni da considerare ("NUMERO?"), la seconda in relazione alla percentuale destinata a ciascuna funzione nell'area ("%?"). Un'ulteriore decision area indaga il problema della fruibilità dell'area da parte dei cittadini ("ACCESSIBILITÀ?"), intesa come possibilità di rendere permeabile e connesso con la città il lotto in esame. In seguito, è stata posta la questione sulla gestione del complesso ("GESTIONE?"), ritenuta interessante e strettamente legata alla domanda su chi finanzierà la realizzazione del progetto di riqualificazione ("FINANZIAMENTO?"). Un altro problema, identificato con il label "DESTINATARI?", è quello legato ai soggetti fruitori dell'opera realizzata. Guardando più al complesso dal punto di vista architettonico, emergono nuove decision areas, la prima legata alla possibilità di demolire parte dell'edificio ("DEMOLIZIONE?"), con l'ipotesi di avere una nuova superficie da utilizzare, la seconda più connessa al trattamento degli edifici ("EDIFICI?") e all'even-

## DECISION AREAS

### DECISION AREAS

Quale funzione inserire nel complesso?  
L'area sarà accessibile ai cittadini?  
Chi userà il complesso?  
Chi gestirà il complesso?  
Una porzione sarà demolita?  
Possono essere costruiti nuovi edifici e adeguati gli esistenti?  
Chi finanzia il progetto?  
Quante funzioni saranno presenti?  
In quale percentuale?  
Quali ripercussioni ci saranno nel territorio?

### LABELS

FUNZIONE?  
ACCESSIBILITÀ?  
DESTINATARI?  
GESTIONE?  
DEMOLIZIONE?  
EDIFICI?  
FINANZIAMENTO?  
NUMERO?  
%?  
TERRITORIO?

**Figura 1** | Shaping mode -  
Definizione delle Decision Areas

tuale nuova costruzione o adeguamento dell'esistente. L'ultima decision area è invece legata alla ripercussione nel territorio della trasformazione del complesso ("TERRITORIO?"), come ad esempio lo svuotamento di altri edifici presenti nella città di Fermo in seguito al trasferimento della funzione nell'attuale complesso ospedaliero. Definire le decision areas permette di ordinare e di suddividere il complesso problema decisionale in problemi più specifici, che riescano, seppur non nella totalità, a mostrare un scenario meno confuso delle questioni da affrontare. Molte delle decision areas sono strettamente legate tra loro e non possono non essere trattate in modo congiunto. Per rendere più evidente la connessione tra esse, si procede con la realizzazione del *decision graph* (**Figura 2**), uno schema che mostri il legame esistente tra le aree, attraverso dei *decision link*, linee di connessione, che graficamente colleghino le aree decisionali. Ad esempio la decision area "FUNZIONE?" risulta collegata con la maggior parte delle aree, proprio perché risulta un problema centrale e decisivo per tutta la strutturazione.

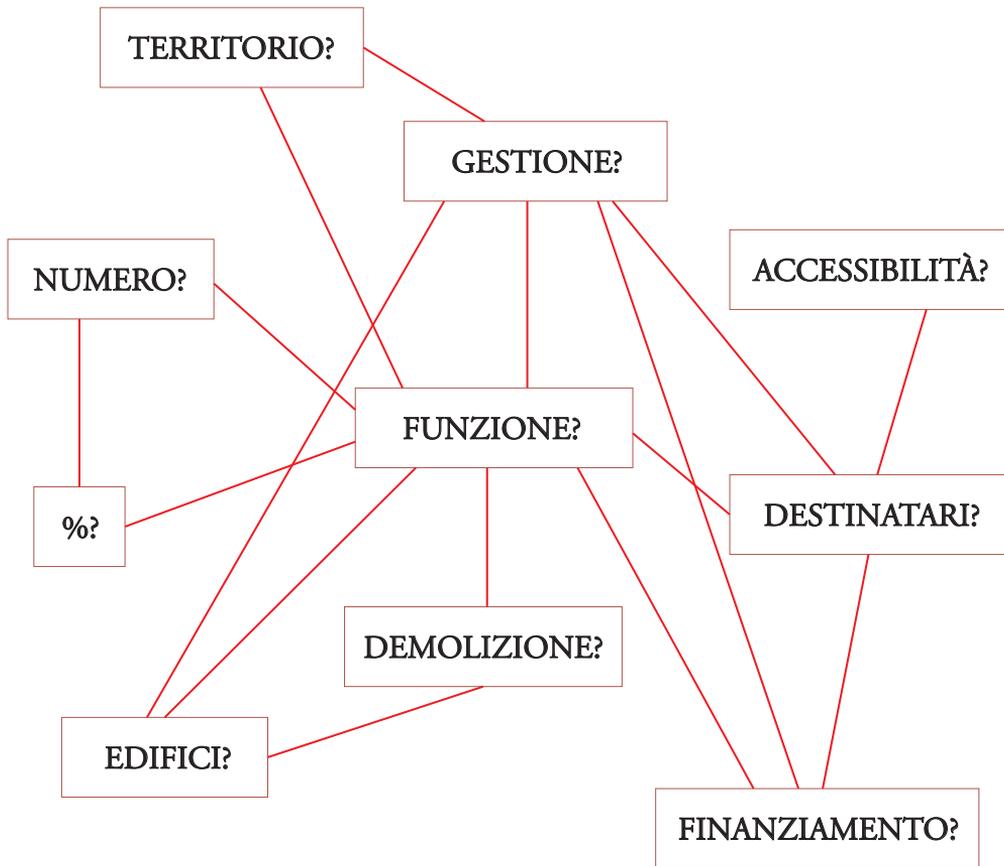
La fase successiva prevede la definizione del *livello di urgenza* delle decision areas con lo scopo di selezionare quelle più rilevanti e di costituire il *problem focus*, poche aree decisionali urgenti o importanti, che devono essere risolte con asso-

luta priorità rispetto ad altre che saranno considerate in un secondo momento. Restringere il campo delle decision areas, non è sempre un'operazione automatica e anche nel selezionare le più rilevanti vanno effettuate delle scelte. Una prima definizione del *problem focus* (**Figura 3**) riteneva urgenti le aree "FUNZIONE?" e "GESTIONE?" e importanti "TERRITORIO?", "DESTINATARI?", "DEMOLIZIONE?" ed "EDIFICI?", arrivando ad un insieme di sei aree, molto diverse tra loro per tematica di appartenenza. Il processo con tali decision areas è stato portato fino in fondo alla fase di *designing mode*, ma lo scenario delle soluzioni possibili, come si vedrà in seguito, risultava piuttosto articolato.

Grazie alla ciclicità del metodo, è stato possibile rivedere i livelli di urgenza e le aree del *problem focus* (**Figura 4**). Nella selezione delle nuove aree si è tenuto conto della loro vicinanza al tema dell'architettura, andando a definire un focus meno complesso e più circoscritto. Rientrano nel focus le aree "FUNZIONE?", ritenuta basilare, "DEMOLIZIONE?", "EDIFICI?" e "TERRITORIO?". L'idea di non definire a priori una funzione da inserire e svolgere poi l'SCA sulla base delle scelte effettuate è stato frutto della decisione iniziale di non limitare il campo di azione. Anzi è stato ritenuto interessante lasciare aperta la questione e porla

## DECISION GRAPH

— Decision Link

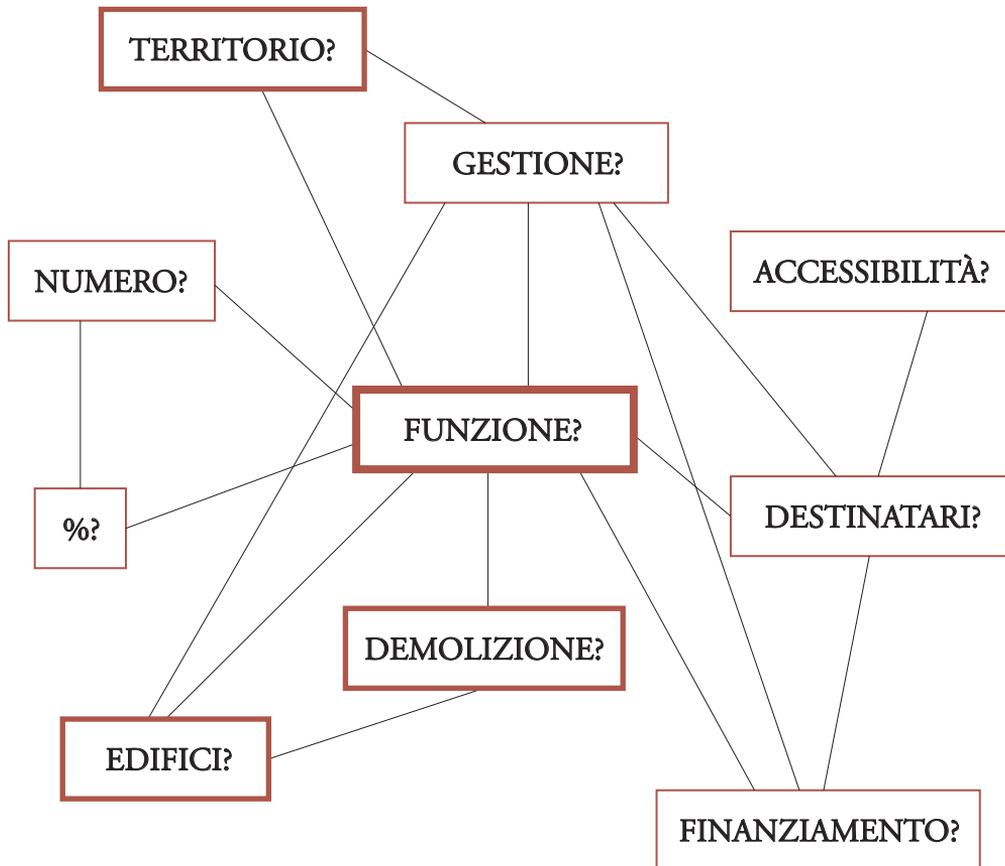


**Figura 2** | Shaping mode -  
Definizione del Decision Graph



## PROBLEM FOCUS

- Urgente
- Importante
- Secondario



**Figura 4** | Shaping mode -  
Definizione del Problem Focus - Definitivo

come decision area nevralgica dell'intera strutturazione.

### 6.1.2 Designing mode

La seconda fase del metodo prevede di ipotizzare per ciascuna delle decision areas selezionate nel problem focus le possibili azioni, le *decision options* (Figura 6). Le opzioni sono mutuamente incompatibili e, come indicato nella teoria dell'SCA, hanno un'etichetta identificativa. In questo caso è stato scelto di assegnare due, o al massimo tre, opzioni per ciascuna area decisionale e di utilizzare come *labels* disegni stilizzati riassuntivi, in modo che sia facilitata e immediata la lettura degli elaborati. Inoltre, per rendere più chiaro il ragionamento, è stata utilizzata una planimetria generale (Figura 5), che illustri il complesso e velocizzi la comprensione. La prima area considerata è "FUNZIONE?".

Per essa sono state previste tre opzioni differenti, stabilite a partire dalle analisi sulle destinazioni d'uso possibili e compatibili con le esigenze del contesto. Ognuna delle ipotesi è una combinazione di più funzioni, data sia la metratura del complesso da riutilizzare, che le necessità spaziali delle possibili destinazioni. La prima opzione prevede che l'area ospiti come funzione principale un polo museale, punto di riferimento sia per la città che per il territorio, e altre funzioni secondarie, tra cui il mantenimento di una porzione ad uso dell'Azienda Sanitaria. In aggiunta, nell'area è prevista la realizzazione di un parco o di un'area pubblica, che così da attrarre nella zona sia turisti che cittadini. La seconda opzione, che ugualmente prevede il mantenimento di una porzione in uso all'Azienda Sanitaria, in annessione alla realizzazione di un parco pubblico, prevede la collocazione di funzioni legate

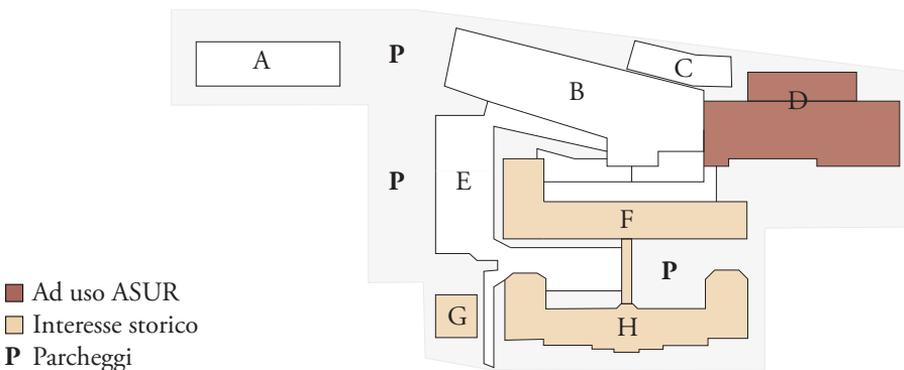
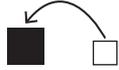


Figura 5 | Planimetria generale Ospedale Murri di Fermo

## DECISION OPTIONS

DECISION AREAS	OPTIONS	OPTION LABELS
FUNZIONE?	Spazi Museali + Parco/Area Pubblica	
	Residenze + Università + Parco/Area Pubblica	
	Uffici + Ambulatori + Parco/Area Pubblica	
TERRITORIO?	Sostituzione e svuotamento di un edificio	
	Nessuna dismissione	
DEMOLIZIONE?	Demolizione selettiva edificio E	<b>E</b> 
	Demolizione selettiva edifici E + B	<b>E+B</b> 
EDIFICI?	Adeguamento esistente e nuove costruzioni	
	Adeguamento esistente	

**Figura 6** | Designing mode -  
Definizione delle Decision Options

all'istruzione. Nello specifico l'area potrebbe costituire il nuovo polo universitario, con la sede distaccata dell'Università Politecnica delle Marche, più ampia e in grado di accogliere i numerosi iscritti, e con nuove residenze per studenti, che nel periodo estivo potrebbero essere utilizzate dai turisti. La terza ipotesi prevede il trasferimento nell'area di uffici e ambulatori dell'Azienda Sanitaria, attualmente in un'altra sede, e la realizzazione di spazi verdi pubblici.

La seconda area decisionale considerata è "TERRITORIO?", per la quale sono state definite due opzioni: una prevede la sostituzione e lo svuotamento di un edificio presente in città, che per vari motivi non riesce, in parte o del tutto, più a rispondere alle esigenze della funzione che ospita; la seconda, invece, non ipotizza la dismissione di un ulteriore edificio, sia per la scelta di una funzione non ancora presente nel territorio, che per la possibile decisione di mantenere due strutture con la stessa destinazione d'uso. Terza area decisionale è "DEMOLIZIONE?". Data per certa la necessità di demolire parte del complesso, le due ipotesi definiscono quali edifici risultano meno adatti al riutilizzo e quindi potenzialmente demolibili. Trattandosi di demolizioni significative, si è scelto, quando possibile, di recuperare i materiali ancora in buono stato, effettuando una demolizione selettiva. La

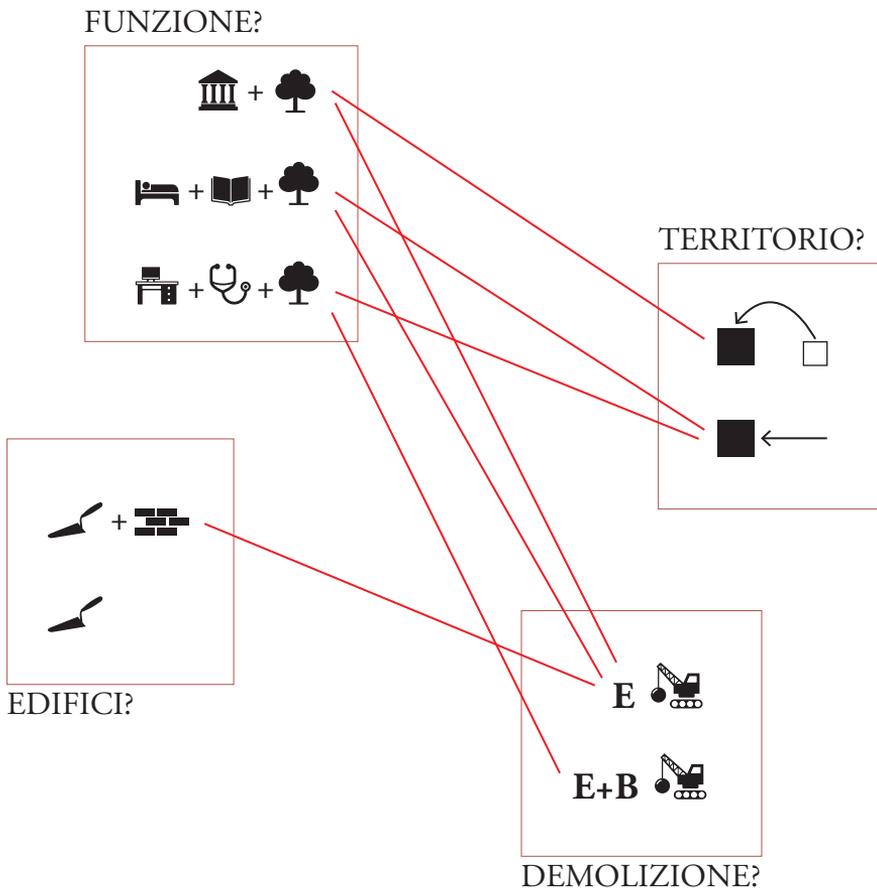
demolizione selettiva è un metodo che, seppur costoso, permette di dividere i materiali riutilizzabili e riciclabili da quelli non riusabili. La prima opzione prevede la demolizione dell'edificio E, risalente agli anni 70', che ha modificato l'intero impianto della struttura ospedaliera, spostandone anche l'ingresso. La seconda opzione prevede, in aggiunta all'edificio E, la demolizione del blocco B, costruito negli anni 90'. Rimuovere l'edificio B, di sette piani, significa reinserire il complesso a livello urbanistico nella città e restituirgli in parte l'originale conformazione.

Quarta e ultima decision area è "EDIFICI?". La prima opzione possibile consiste nella costruzione di nuovi edifici e nell'adeguamento per il riuso di quelli conservati, la seconda considera solo l'adeguamento della struttura, senza necessità di nuove costruzioni. Entrambe le option sono strettamente legate alla funzione.

Identificate le opzioni possibili, il metodo prevede di individuare le *incompatibilità* tra coppie di opzioni appartenenti ad aree diverse. Rappresentando graficamente options e linee di incompatibilità si dà luogo ad un *option graph* (**Figura 7**), in grado di sintetizzare il rapporto tra le varie azioni. Il decision graph emerso è conseguenza di ragionamenti logici, di vincoli stabiliti ex ante e di superfici necessarie per le funzioni. Ad esempio, risultano incompatibili la

## OPTION GRAPH

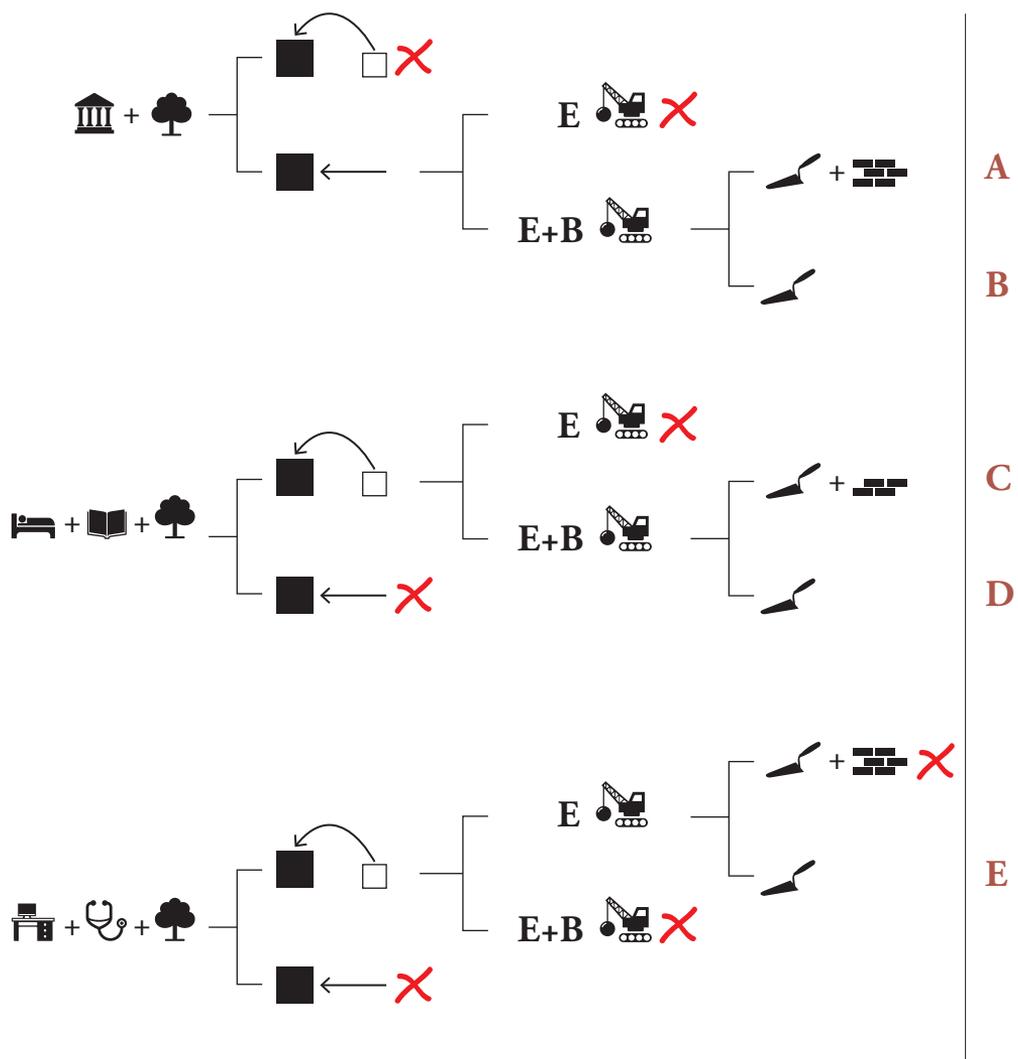
— Incompatibilità



**Figura 7** | Designing mode -  
Definizione dell'Option Graph

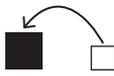
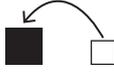
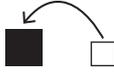
## OPTION TREE

FUNZIONE? TERRITORIO? DEMOLIZIONE? EDIFICI?



**Figura 8** | Designing mode -  
Definizione dell'Option Tree

## DECISION SCHEMES

	FUNZIONE?	TERRITORIO?	DEMOLIZIONE?	EDIFICI?
A			E+B 	
B			E+B 	
C			E+B 	
D			E+B 	
E			E 	

**Figura 9** | Designing mode -  
Definizione dei Decision Schemes

scelta della realizzazione di un polo universitario e la non dismissione dell'attuale sede: alla base vi è l'idea di non frazionare i servizi, ma di concentrarli in un'unica area. Risultano incompatibili la scelta della funzione "Uffici+Ambulatori" con la demolizione degli edifici E e B: difatti con tale demolizione gli spazi per il trasferimento delle attività sanitarie non sarebbero sufficienti, obbligando l'Azienda Sanitaria alla ricostruzione di un manufatto, dopo aver demolito una struttura che invece sarebbe stata in grado di accogliere la nuova funzione.

Nella fase successiva, nella realizzazione dell'*option tree* (**Figura 8**), le diverse opzioni vengono combinate tra loro, secondo un ordine definito. In questo caso è stata seguita una sequenza logica delle aree decisionali, scegliendo per prima "FUNZIONE?", che influisce notevolmente sulle voci successive. Di seguito le altre in ordine di rilevanza: "TERRITORIO?", "DEMOLIZIONE?" ed "EDIFICI?".

Nello svolgimento dell'*option tree*, lungo i rami, vengono riportate le incompatibilità, arrivando attraverso le quattro aree, a definire i *decision schemes* (**Figura 9**). In questo caso risultano cinque decision schemes, di cui due con la funzione museale (A, B), due con le funzioni universitarie (C, D) e una con le funzioni sanitarie (E). La prima e la seconda sono differenti

esclusivamente per le opzioni legate alla decision area "EDIFICI?", prevedendo la A sia l'adeguamento degli edifici conservati, che la costruzione di nuove strutture. La B, invece, prevede il solo adeguamento dei manufatti mantenuti. La medesima distinzione si ha tra gli schemi C e D, che differiscono da A e B sia per la funzione che per le opzioni della decision area "TERRITORIO?". Lo schema E si distingue dai precedenti per la funzione e per l'opzione di demolizione dell'edificio E, della decision area "DEMOLIZIONE?".

I cinque schemi definiscono cinque possibili alternative per il problema decisionale. Nonostante non siano considerati tutti gli aspetti relativi alla questione, la scelta di restringere il problem focus a tematiche più vicine all'architettura ha permesso uno sviluppo più lineare del processo. Infatti nello sviluppo dell'*option tree* con il problem focus ipotizzato in una prima fase del lavoro, in cui erano considerati temi legati alla gestione, ai finanziamenti, agli aspetti sociali ed economici, gli schemi emersi risultavano vaghi e complessi, senza effettivamente aver condotto ad una strutturazione utile del problema.

## 6.2 Applicazione in gruppi delle prime due fasi del processo di SCA

Su proposta della professoressa Lami, il tema dell'Ospedale Civile di Fermo è stato proposto come caso studio per una prima applicazione dell'SCA ad una classe di studenti del corso Valutazione Economica dei Progetti della Magistrale di Architettura Costruzione Città del Politecnico di Torino, a.a. 2018/19.

Le ore a disposizione sono state programmate e suddivise, prevedendo una spiegazione iniziale del metodo Strategic Choice Approach e una successiva fase di applicazione del metodo al caso studio.

### *Prima parte*

-Introduzione e Spiegazione del metodo SCA con riferimenti a Planning Under Pressure da parte della prof. Lami

### *Seconda Parte*

-Presentazione Caso Studio con Slide  
-Applicazione prime due fasi SCA

Terminata la prima parte, è stato presentato il caso studio agli studenti con il supporto di slide che sintetizzassero il problema decisionale e il contesto in cui

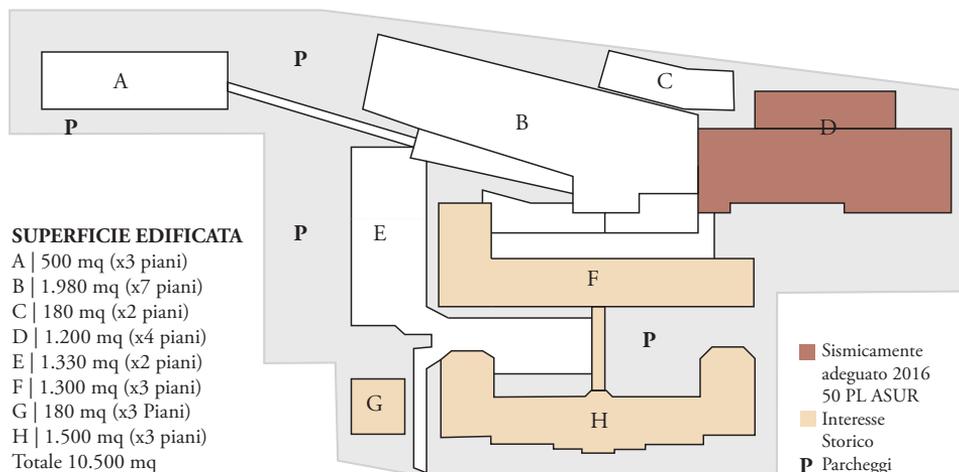
esso è inserito. Consapevole della complessità del caso studio, del poco tempo a disposizione e della impossibilità di indagare adeguatamente sulle opportunità, nelle slide sono state riportate indagini, interviste svolte, potenzialità del complesso e possibili ripercussioni nel territorio, così da aiutare gli studenti nello sviluppo dell'SCA. Al termine della presentazione del caso studio, sono state illustrate brevemente i passaggi delle fasi Shaping mode e Designing mode.

Sono stati inoltre definiti i tempi per l'applicazione di Strategic Choice Approach. I 50 studenti presenti sono stati divisi in 4 gruppi e sono stati dati loro fogli bianchi, da utilizzare per ragionamenti, schizzi e rappresentazioni, e fogli di sintesi sul caso studio, con planimetria generale, informazioni quantitative (misure) e ipotesi funzionali. Ogni gruppo, composto da circa 12 studenti, nel tempo a disposizione, ha affrontato l'applicazione delle due prime fasi dell'SCA in maniera diversa. I ruoli di facilitatori sono stati svolti dalla professoressa Lami e da me.

Nell'analizzare ogni gruppo, le riflessioni si soffermeranno, oltre che sui prodotti, sull'organizzazione del lavoro, sugli strumenti utilizzati, sulla gestione dei tempi, sulla comprensione del metodo, sulle difficoltà e sui momenti critici.

**Figura 10** (pagina seguente) | Foglio di sintesi

ESERCITAZIONE SCA  
 OSPEDALE CIVILE DI FERMO  
 DATI DI SINTESI



**SUPERFICIE EDIFICATA**

- A | 500 mq (x3 piani)
- B | 1.980 mq (x7 piani)
- C | 180 mq (x2 piani)
- D | 1.200 mq (x4 piani)
- E | 1.330 mq (x2 piani)
- F | 1.300 mq (x3 piani)
- G | 180 mq (x3 Piani)
- H | 1.500 mq (x3 piani)
- Totale 10.500 mq

**SUOLO** Occupato 21.500 mq

**FUNZIONI POSSIBILI**

>LICEO CLASSICO	3000 mq MIN
>UNIVERSITÀ	4000 mq MIN
>SPAZI MUSEALI	500-1000 mq
(Museo Cavalcata/Museo Diffuso)	
>ALLOGGI STUDENTI/TURISTI	2000-3000 mq (almeno 80 persone)
(Sett/Giugno Studenti, Luglio/Agosto Turisti)	
>UFFICI E AMBULATORI ASUR	14.000 mq circa
>PARCO PUBBLICO	9.000 mq MIN

**RIPERCUSSIONI NEL TERRITORIO | DISMISSIONE ULTERIORI EDIFICI**

- >Liceo Classico | 1300 mq (x 3 piani)
- >Mensa e Residenza Universitaria (40 posti) | 500 mq (x3 piani)
- >Uffici e Ambulatori ASUR | 4700 mq (x3 piani)
- >Sede Università Politecnica delle Marche  
 Ingegneria Gestionale (3+2), Infermieristica (3) | 1300 mq (x3 piani)

**NB**

- >Possibilità di combinare più FUNZIONI
- >Possibilità di demolire edifici
- >Possibilità di Costruire, solo con recupero metratura
- >Struttura D da escludere dalla pianificazione poichè resta in uso alla Azienda Sanitaria

### 6.2.1 Gruppo 1

Il primo gruppo ha iniziato il ragionamento ponendosi questioni sullo stato attuale del complesso architettonico, sulla collocazione urbana e sulla gestione, utilizzando la planimetria fornita e visioni globali da Google Maps. Sono emerse 20 problematiche di vario genere, come l'accessibilità dell'area, la proprietà, i finanziamenti, che però non comprendono la tematica della funzione. Di fatti la prima decisione del gruppo è stata quella di non definire una destinazione d'uso per il complesso, ma di riqualificare e rendere appetibile il bene in modo che fosse

in grado di accoglierne una in un secondo momento. Il gruppo ha poi deciso di catalogare le 20 questioni in quattro macrotemi (Architettonico, Urbanistico, Finanziario, Progettuale) e di ridurre il numero a 8, andando così a definire le Decision Areas. Nel passaggio successivo, nella realizzazione del Decision Graph, in seguito ad un'ulteriore discussione sui livelli di urgenza, una delle Aree è stata eliminata, ritenuta troppo ampia. Risultano così 7 aree decisionali, di cui 4 selezionate per il problem focus (tempo, finanziamento, demolizione e ristrutturazione), di diverse tematiche, che aiutano a scomporre il problema decisionale in proble-



**Figure 11a, 11b, 11c, 11d** | Gruppo 1 -  
Discussione ed elaborati

mi specifici, ma risultano molto generali. Questa prima fase è stata svolta in tempi molto lunghi ed è stata controllata da un membro del gruppo, che si è posto come leader, non scelto, che aveva l'attenzione di definire e sintetizzare le idee del gruppo, richiamare al rispetto delle tempistiche e di produrre egli stesso il materiale. I facilitatori sono intervenuti durante la fase di shaping mode per chiarire questioni in merito al metodo e alla definizione del problem focus.

Nella fase di designing mode, non portata a termine per mancanza di tempo, le opzioni sono state definite in tempi brevi, poiché in parte già discusse nella scelta delle decision areas. Per le problematiche architettoniche è stata utilizzata la planimetria come sussidio alla comunicazione, ma non sono stati effettuati disegni o rappresentazioni. Il lavoro si è interrotto alle decision options per mancanza di tempo. I facilitatori non sono intervenuti.

*Considerazioni:* probabilmente, dati i temi e la generalità delle aree decisionali, l'option graph e l'incompatibilità avrebbero rappresentato un momento critico. Non aver considerato né il tema della funzione né alcun dato quantitativo rischia di aumentare la difficoltà nella individuazione delle incompatibilità e nella strutturazione del problema, poiché assenti punti di riferimento saldi di supporto nell'effettua-

re scelte. In quel caso il gruppo potrebbe pensare di modificare le decisioni iniziali o di ridefinire le decision areas, optando per problematiche più specifiche. Sarebbe stato necessario ripercorrere il metodo, sperimentandone la ciclicità.

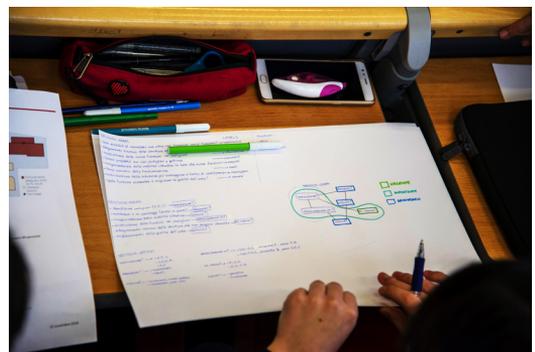
### 6.2.2 Gruppo 2

Nel secondo gruppo fin da subito sono emerse tre personalità, non scelte: 2 persone leader nella gestione del discorso e nella sintesi delle informazioni, 1 soggetto definito che si è assunto la responsabilità di produrre materiali. Il team non si è mai diviso in sottogruppi e fin da subito, con l'utilizzo della planimetria fornita, si è focalizzato nel definire le decision areas e i rispettivi labels. La prima decisione di gruppo, frutto dei primi minuti di discussione, è stata quella di scegliere a priori la funzione da inserire. Il gruppo ha deciso di avere come punto di riferimento l'inserimento di un polo universitario, di un liceo e di un parco nell'area d'interesse. Dopo una lunga discussione sono state identificate 8 decision areas, appartenenti a tematiche diverse, dall'architettura, alla gestione, ai costi, alla qualità e ai tempi. È seguito poi un momento di blocco e di revisione in cui un membro ha espresso la difficoltà di gestione di alcune tematiche, di cui il gruppo, composto da studenti di architettura, era poco esperto. All'unanimità, in

seguito all'intervento dei facilitatori, che hanno confermato la difficoltà nel trattare argomenti poco conosciuti, il gruppo ha scelto di ridurre le decision area e di concentrarsi su tematiche architettoniche, sentendosi più adeguati a trattarle. Con l'utilizzo di planimetria, di Google Maps e di Street view, hanno definito 6 decision areas. Le nuove aree più specifiche, focalizzate su architettura e urbanistica, di cui i soggetti erano esperti, hanno permesso lo sviluppo lineare e diretto del percorso. Superato il momento lungo e critico delle Decision areas, la fase di shaping mode è stata conclusa rapidamente, selezionando per il problem focus tre aree decisionali,

evidenziate con colori differenti a seconda dei livelli di urgenza identificati.

La fase successiva di designing mode ha seguito un percorso lineare, anche se intervallata da momenti lunghi di revisione delle aree. Per la definizione delle opzioni sono state riprese la planimetria e le immagini da Google Maps, ma non sono stati realizzati disegni né per la comunicazione né per i prodotti finali, seppur trattandosi di temi di matrice architettonica. È stata preferita una comunicazione di tipo verbale. I ruoli all'interno del gruppo non sono variati: i due leader e il worker gestivano e sintetizzavano le discussioni. Il gruppo è arrivato fino alla realizzazio-



**Figure 12a, 12b, 12c, 12d** | Gruppo 2 -  
Discussione ed elaborati

ne dell'option graph, con l'identificazione delle incompatibilità, che data la specificità delle aree decisionali e delle opzioni è risultata piuttosto rapida. L'option tree non è stato prodotto per mancanza di tempo.

*Considerazioni:* da tale applicazione è emersa l'importanza di definire le decision areas anche in relazione alle capacità di gestione dei temi da parte dei soggetti presenti. L'accorgersi della inadeguatezza ha portato a sperimentare la ciclicità del metodo, che consente di tornare alle fasi precedenti. La fase di shaping mode è stato sicuramente il momento più lungo e critico dell'applicazione, ma importante per la riuscita delle fasi successive. Aver stabilito un punto di riferimento ha permesso di avere ragioni logiche per effettuare determinate scelte lungo la strutturazione del problema.

### 6.2.3 Gruppo 3

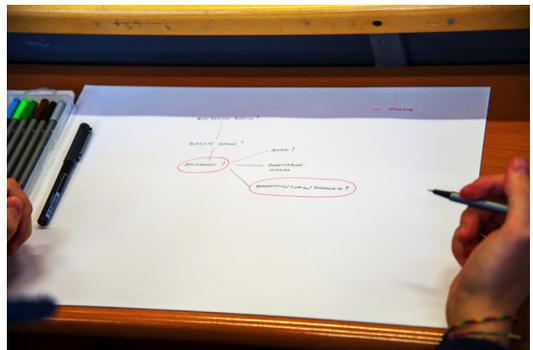
Il gruppo 3, dopo una breve discussione sul caso studio, si è subito diviso in due sottogruppi, con l'idea di ridurre i tempi. Secondo le idee iniziali il primo sottogruppo doveva individuare le problematiche generali del caso, mentre il secondo doveva collocare le funzioni possibili negli edifici disponibili. Il secondo gruppo ha fatto ampio uso della planimetria e dei

dati di sintesi disponibili, come la superficie delle strutture, ed ha preso decisioni in maniera indipendente dall'altro gruppo. Ha difatti deciso di operare secondo il principio del "minimo intervento": in maniera meccanica i metriquadri di una funzione sono stati associati ad un edificio di simili dimensioni. Nel mentre il primo sottogruppo si è trovato in difficoltà, perché senza avere definito insieme dei principi, non riusciva a formulare i problemi, confondendo spesso la definizione di problemi con le ipotesi di soluzioni. Tra i due gruppi, ciascuno avente un leader, non vi è stata molta comunicazione e spesso le informazioni venivano scambiate in modo disordinato. Oltre ad aver preso un tempo estremamente lungo, la definizione delle aree è stato un vero e proprio momento critico. Difatti il tentativo di lavorare in parallelo senza punti chiari di accordo tra i due sottogruppi ha portato a una dilatazione dei tempi. Spesso sono stati chiamati in aiuto i facilitatori per guidare lo sviluppo del metodo. Il gruppo si è poi riunito e, a partire dal lavoro svolto dal secondo sottogruppo, sono state definite 5 decision areas, poco chiare e molto ampie. Per concludere lo shaping mode e iniziare il design mode, data la mancanza di tempo e la necessità di raggiungere un obiettivo, il gruppo ha di nuovo formato due sottogruppi. Il primo definiva il Decision Graph, il secondo ini-

ziava a ragionare sulle Options. Definire le opzioni è stato un momento piuttosto veloce, ma le azioni possibili sono risultate poco specifiche e in parte poco utili, infatti ad esempio all'area decisionale "demolizione" sono state assegnate due opzioni, "totale" e "parziale", che non sono ancorate ad elementi concreti del caso studio. Allo scadere del tempo sono stati consegnati prodotti poco coerenti tra loro, da cui traspare la mancata comunicazione tra i due sottogruppi.

Sebbene tutti avessero chiaro l'obiettivo da raggiungere, la strategia di dividersi per ridurre i tempi, ma senza avere definito delle regole insieme, ha portato alla dilatazione dei tempi e alla realizzazione di un prodotto poco utilizzabile e incompleto. Momento lungo e critico per eccellenza è stata la fase di shaping. Se avessero avuto il tempo di andare avanti nelle fasi successive, avrebbero visto che alcune opzioni scelte non sarebbero state di aiuto nello strutturare il problema decisionale.

*Considerazioni:* dal lavoro svolto risultano importanti la coordinazione del gruppo e la comunicazione continua tra le parti.



**Figure 13a, 13b, 13c, 13d** | Gruppo 3 -  
Discussione ed elaborati

### 6.2.4 Gruppo 4

Il quarto gruppo prima di procedere con la fase di shaping mode ha ripercorso tutto il problema e le possibilità raccontati durante la presentazione del caso studio. Come primo passi hanno scelto di definire le funzioni da collocare nel complesso, in modo da avere un punto di partenza chiaro. Tutti insieme aiutandosi con la planimetria hanno discusso sulle decision areas. Durante la discussione sono emerse due figure, un leader e un soggetto specifico, che appuntava ogni riflessione.

Dopo avere definito le aree, per ridurre i tempi il gruppo si è diviso in due sottogruppi: il primo riportava in maniera chiara le decisioni prese, il secondo procedeva con l'individuazione del problem focus. Sono state così definite 7 decision areas specifiche, di cui 6 di natura architettonica. Nel problem focus ne sono state selezionate 4. Le decisioni prese sono state comunicate immediatamente al primo gruppo che ha riportato con i colori le scelte. Un membro casuale dei gruppi gestiva la comunicazione tra i due. In questo caso la divisione è stata positiva per ridurre i tempi, ma negativa perché parte del gruppo non ha partecipato ad alcuni momenti. Il gruppo non ha mai richiesto intervento dei facilitatori per chiarimenti sulla metodologia, quanto per questioni legate al caso studio.

Nello sviluppo della seconda fase il gruppo ha lavorato di nuovo insieme. Le opzioni sono state definite facendo molto riferimento alla planimetria, ma senza realizzare nuovi disegni. Sono emerse azioni specifiche e ben adeguate al caso studio. Inoltre il momento delle opzioni non ha richiesto troppo tempo poiché erano già state discusse in parte nella prima fase. L'ultima parte realizzata è l'Option graph. Sebbene sarebbero state necessarie ulteriori discussioni nel definire l'incompatibilità tra le opzioni, il poco tempo a disposizione ha portato a prendere decisioni velocemente, però magari non tenendo conto di tutti i fattori.

*Considerazioni:* l'idea del gruppo di dividersi solo dopo avere definito alcune linee guida ha effettivamente ridotto i tempi, senza danneggiare il percorso di strutturazione. La comunicazione costante tra i due gruppi è stata fondamentale per non perdere tempo. Il momento più lungo è stata la fase di shaping in cui tanto tempo è stato dedicato a conoscere il caso studio. Anche in questo caso, aver individuato dei punti chiave ha permesso lo sviluppo lineare e diretto del metodo.

### 6.2.5 Conclusioni

I gruppi, sebbene posti nelle stesse condizioni, hanno effettuato scelte molto

diverse tra loro, riscontrando anche differenti difficoltà. Difatti tutti gli studenti applicavano per la prima volta il metodo SCA, spiegato nella prima fase, ad un caso studio sconosciuto loro, come l'Ospedale Civile di Fermo. Sono emerse quattro modalità diverse di affrontare il tema e il metodo, focalizzandosi a volte sul tema architettonico, altre su temi più generali. Diverse sono state le gestioni del lavoro di gruppo: vi sono state sia scelte di dividersi, in diversi momenti, che di restare sempre uniti. Senza elezioni o decisioni a priori, sono emerse naturalmente figure leader, che guidavano la conversazione, e figure worker, che liberamente decidevano

di riportare quanto emerso. I facilitatori in questo caso sono intervenuti sia per chiarire il metodo che per spiegazioni ulteriori sul caso studio.

Dall'osservazione dei lavori possono essere sintetizzati dei punti chiave nell'applicazione del metodo. Primo tra tutti, conoscere l'oggetto d'indagine aiuta ad accelerare i tempi: in ogni gruppo la fase più lunga e critica è stata la definizione delle decision areas. Difatti conoscere l'oggetto e avere ben chiaro il funzionamento del metodo, riduce notevolmente la fase di shaping. Importante è anche riconoscere i campi di decisione che si è in grado di gestire e affrontare. Probabilmente in gruppi



**Figure 14a, 14b, 14c, 14d** | Gruppo 4 -  
Discussione ed elaborati

con diverse personalità ed esperti, sarebbero state considerate questioni meno focalizzate sull'architettura. Ulteriore punto da sottolineare è l'importanza di effettuare scelte riguardo al problema decisionale, che possano costituire delle basi solide per i ragionamenti successivi.

Il poco tempo previsto per questa applicazione ha portato sia al non raggiungimento dell'obiettivo, cioè la realizzazione dell'option tree, che all'adozione di diverse strategie, come la suddivisione in gruppi. In due casi sono state effettuate suddivisioni con esiti molto differenti. Dalle applicazioni emerge come la divisione risulti positiva quando vi sono linee guida chiare e compiti ben stabiliti da eseguire dai sottogruppi. Inoltre tra i sottogruppi vi deve essere una costante comunicazione che permetta lo svolgimento in parallelo di lavori senza che vi siano incongruenze. Sebbene vi siano molte modalità di comunicare, queste applicazioni hanno prediletto comunicazioni verbali e visive, con l'aiuto di strumenti quali planimetrie, immagini da Google Maps e da Street view. I metodi di rappresentazione previsti dalle fasi dell'SCA hanno facilitato la lettura dei prodotti da parte di tutti i membri del gruppo e dei facilitatori stessi.

Il metodo risulta, inoltre, flessibile e, attraverso la sua stessa ciclicità, più volte sono state ripercorse e riviste fasi precedenti, con lo scopo di migliorare l'intera

strutturazione.

Il metodo SCA favorisce il confronto di idee e lo scontro di opinioni, costringendo i membri del gruppo a prendere molte decisioni in breve tempo. Il lavoro di gruppo e la collaborazione tra membri risultano quindi basilari per un risultato soddisfacente. I membri, seppur con idee diverse, data la chiarezza dello scopo, hanno collaborato e mostrato complicità, sia nell'ascoltare un altro membro che nel non perdere tempo con questioni superficiali. I partecipanti hanno riconosciuto il valore del lavoro di gruppo per discutere e riconoscere i molti punti di vista diversi sullo stesso problema decisionale (Lami & Tavella 2018).

In questo caso il metodo non ha fatto emergere particolarmente una creatività nuova nei membri del gruppo, probabilmente per la poca conoscenza del metodo e del caso studio. Applicando piuttosto alla lettera le fasi, sebbene con le numerose difficoltà incontrate, il metodo è risultato utile per conoscere la complessità del problema e per scomporlo in problematiche più specifiche, nel tentativo di semplificarlo e di poter rispondere in maniera più concreta al problema.

Le applicazioni meglio riuscite sono quelle che hanno avuto presente anche i dati quantitativi del caso studio ed hanno utilizzato maggiormente le planimetrie: infatti avendo più competenze in mate-

rie architettoniche, hanno saputo portare avanti un ragionamento concreto e ben definito. Sicuramente l'apporto di ulteriori tematiche e la collaborazione di esperti possono essere di grande aiuto nel tener conto di tutti gli aspetti del problema.

### **6.3 Conclusioni e confronto tra le diverse applicazioni**

Confrontando l'applicazione da parte dei gruppi con quella svolta individualmente, emerge come l'assenza di dinamiche di gruppo e la più approfondita conoscenza del caso studio abbiano, ovviamente, velocizzato lo svolgimento delle fasi di *shaping mode* e di *designing mode*. Sia individualmente che in gruppo, i lavori hanno sfruttato la ciclicità del metodo, ripercorrendo fasi precedenti, con lo scopo di correggere e migliorare l'intera strutturazione. I casi in cui è stato necessario rivedere scelte effettuate precedentemente sono stati quelli con un *problem focus* troppo vasto dal punto di vista delle tematiche e difficile da gestire. Infatti, la scelta di un *problem focus* più specifico e architettonico, con relativo utilizzo di planimetrie e dati quantitativi, ha permesso di mantenere linearità nel processo di strutturazione, date le conoscenze in materia dei soggetti.

Risulta evidente in tutte le applicazioni la mancanza di numerosi aspetti, come quel-

li sociali, ed economici, che necessitano però di soggetti esperti per una considerazione adeguata.

Per quanto riguarda i prodotti, la mancanza di tempo non ha permesso la conclusione dei lavori di gruppo, rendendo difficile un effettivo confronto con i risultati ottenuti individualmente. Sono però utili per migliorare il lavoro svolto alcuni aspetti e possibilità emersi dalle applicazioni, come la collocazione delle funzioni nell'area e l'introduzione di una nuova funzione non ipotizzata precedentemente. Infatti è stata proposta, in aggiunta alle destinazioni d'uso possibili, la realizzazione di residenze e alloggi per familiari di soggetti ricoverati nelle strutture sanitarie del territorio. Data l'assenza di tali strutture nel fermano e il valore che esse possono costituire, è stato scelto di introdurre in ogni *decision option* della *decision area* "FUNZIONE?" la residenza per familiari, mantenendo intatto il percorso svolto e i *decision schemes* risultati.



---

## Applicazione di Analytic Network Process al caso dell'Ospedale di Fermo

---

Per lo sviluppo della fase successiva è stato scelto di utilizzare l'Analytic Network Process (Saaty, 2005). Difatti tale metodo permette di considerare una molteplicità di criteri e di connetterli tra loro secondo un modello "a rete", senza gerarchizzazione. È quindi possibile strutturare un network che non escluda alcuni degli aspetti rilevanti del problema. Infatti, nell'applicazione di Strategic Choice Approach nel problem focus sono stati considerati principalmente aspetti architettonici, per una gestione più semplice del processo, tralasciando decision areas rilevanti, ma poco gestibili in quel contesto. Con ANP è possibile reintegrare criteri, interdipendenti e dipendenti tra loro, precedentemente esclusi, che in realtà risultano determinanti per l'analisi della questione, come aspetti sociali, economici e di gestione. Dopo una prima fase di strutturazione del problema e di costruzione di un network decisionale, è stato composto un questionario che permettesse il confronto tra le alternative. Il que-

stionario, generato dai confronti a coppie tra elementi, è stato sottoposto a soggetti esperti, interessati e coinvolti con il bene in oggetto e con lo sviluppo della città di Fermo. Attraverso il questionario, la metodologia permette di valutare le molteplici soluzioni al problema decisionale, con l'individuazione di un'unica favorita alternativa. Il metodo è stato sviluppato con il supporto del software *Superdecisions*.

### 7.1 La strutturazione del problema e la costruzione del modello

Come primo step è necessario riprendere il *goal*, cioè l'obiettivo generale, il problema decisionale che deve essere risolto. Come già definito precedentemente nell'SCA, il problema decisionale è sintetizzato con la seguente domanda:

*Quale futuro per l'ospedale civile di Fermo?* Tale questione deve essere ulteriormente scomposta in parti elementari (*nodì*), raggruppate poi in gruppi omogenei (*cluster*). I cluster e gli elementi possono esse-

	FUNZIONE?	TERRITORIO?	DEMOLIZIONE?	EDIFICI?
B			E+B 	
D			E+B 	
E			E 	

Figura 1 | Decision schemes selezionati

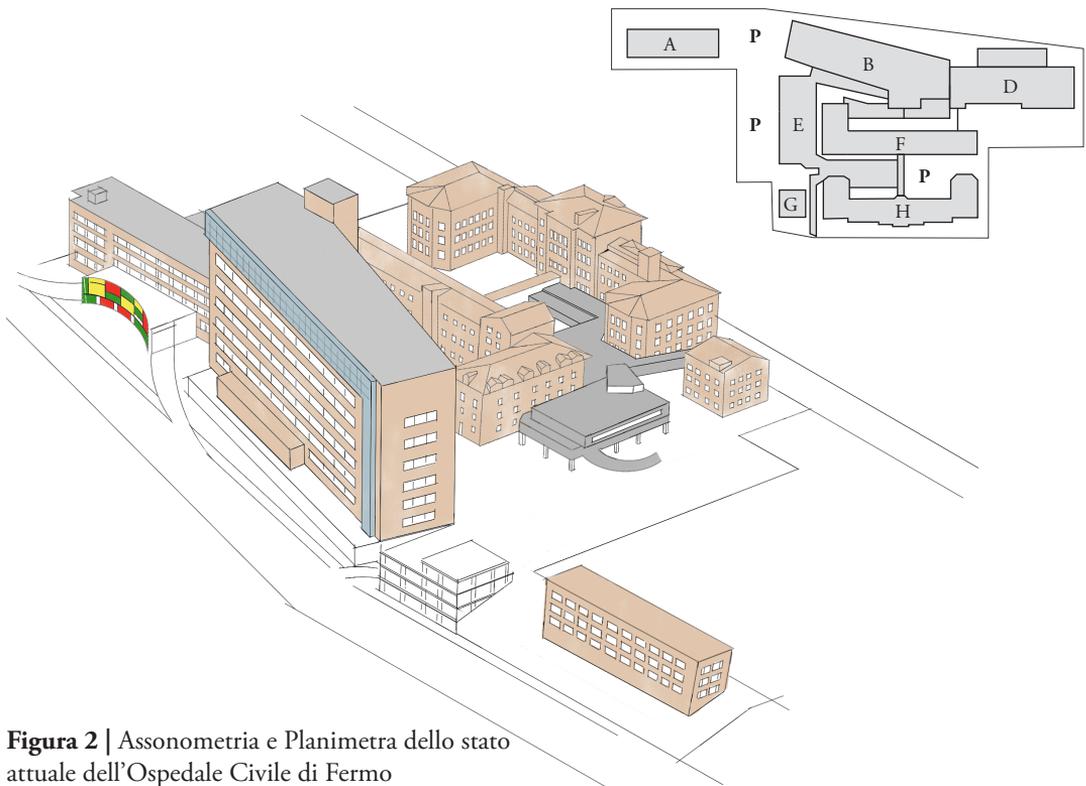


Figura 2 | Assonometria e Planimetra dello stato attuale dell'Ospedale Civile di Fermo

re confrontati e posti in relazione tra loro: possono esserci interdipendenze tra nodi, dipendenze esterne e dipendenze interne, tra nodi dello stesso cluster. Il confronto tra cluster di alternative e cluster di criteri e tra i nodi e le alternative stesse permette di valutare i possibili scenari di trasformazione del complesso ospedaliero.

### 7.1.1 Le Alternative

Il primo cluster (*cluster delle alternative*) è costituito dalle possibili soluzioni al problema. In questo caso, nel determinare le possibilità, sono stati ripresi i Decision Schemes conclusivi della fase di Designing mode dell'SCA. Tra i cinque schemi emersi, ne sono stati selezionati 3, nello specifico le opzioni B, D ed E (**Figura 1**). La scelta è stata determinata dai due fattori: mantenere le tre Decision Options legate alla decision area "FUNZIONE?" e prediligere gli interventi che non prevedessero nuove costruzioni, quindi che avessero come opzione della decision area "EDIFICI?" esclusivamente l'adeguamento degli edifici mantenuti. La prima scelta è dovuta all'intenzione di mantenere una varietà di scenari, distinti principalmente per la funzione inserita, ed avere tre alternative estremamente differenti da valutare. La seconda nasce dall'idea di Adaptive Reuse come una strategia di conservazione e valorizzazione del bene esistente, sen-

za ulteriori annessioni o ampliamenti.

Le tre alternative selezionate, nodi del cluster delle alternative, sono state poi caratterizzate da una maggiore definizione, così da radicare, anche visivamente, gli scenari proposti al caso dell'Ospedale civile di Fermo. Per tale motivo si è passati da una rappresentazione simbolica delle opzioni ad una immagine grafica e architettonica, con supporto di didascalie approfondite, sia dello stato attuale (**Figura 2**) che dei possibili scenari. Le alternative sviluppate di seguito seguono l'ordine dei decision schemes selezionati.

*Alternativa 1 | Spazi museali + Parco/Area Pubblica (Figura 3)*  
(decision scheme B)

*Descrizione |* L'intervento prevede la demolizione degli edifici E e B, il mantenimento di parte dei parcheggi presenti e la realizzazione di un parco e/o spazio pubblico attrezzato per i cittadini. Gli edifici H e G, adeguati e riqualificati, ospiteranno musei e spazi per esposizioni e attività artigianali di interesse sia cittadino che turistico. L'edificio A ospiterà dei mini - appartamenti per familiari di persone ricoverate nelle strutture sanitarie. L'edificio F, adeguato e riqualificato, potrà essere messo in affitto o in vendita a privati o convertito in una struttura ricettiva (AirBnB).

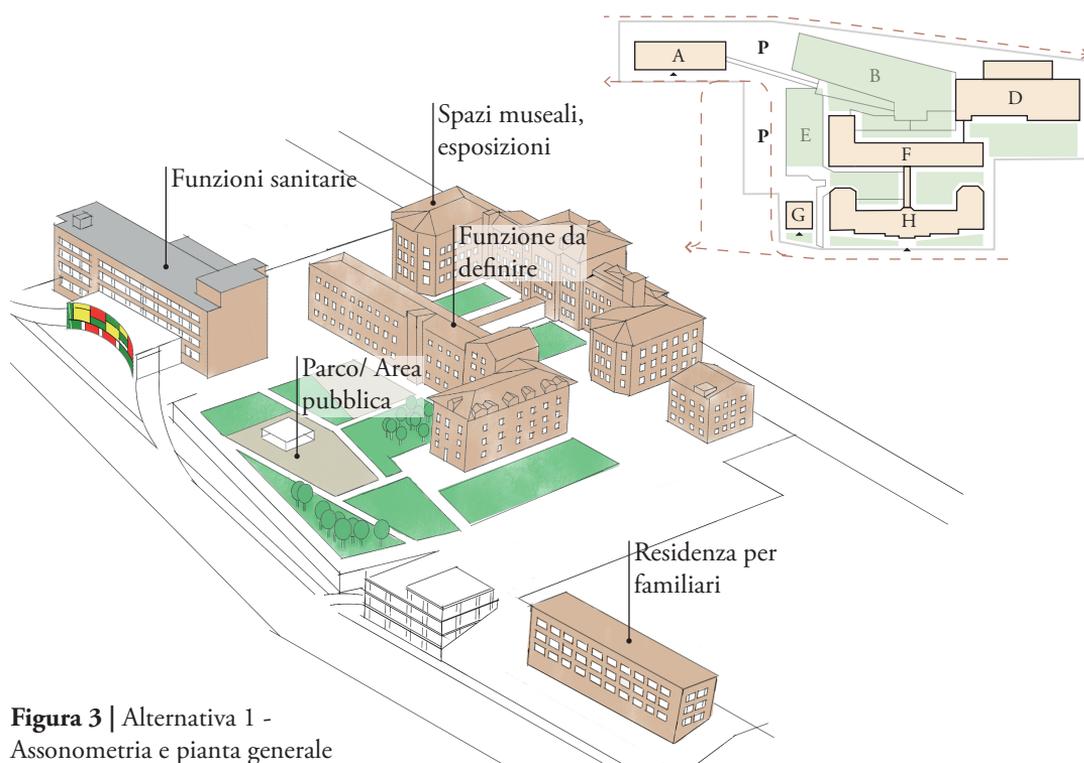
*Alternativa 2 | Università, Residenza + Parco/Area pubblica (Figura 4)*  
(decision scheme D)

*Descrizione* | L'intervento prevede la demolizione degli edifici E e B, il mantenimento di parte dei parcheggi presenti e la realizzazione di un parco e/o spazio pubblico attrezzato per i cittadini e studenti. Gli edifici H e G, adeguati e riqualificati, ospiteranno aule universitarie, una biblioteca, aule studio e servizi per studenti e docenti. L'edificio F, adeguato e riqualificato, ospiterà residenze e mensa per studenti, nel periodo settembre-giugno. Nei mesi di luglio e agosto sarà destinato a

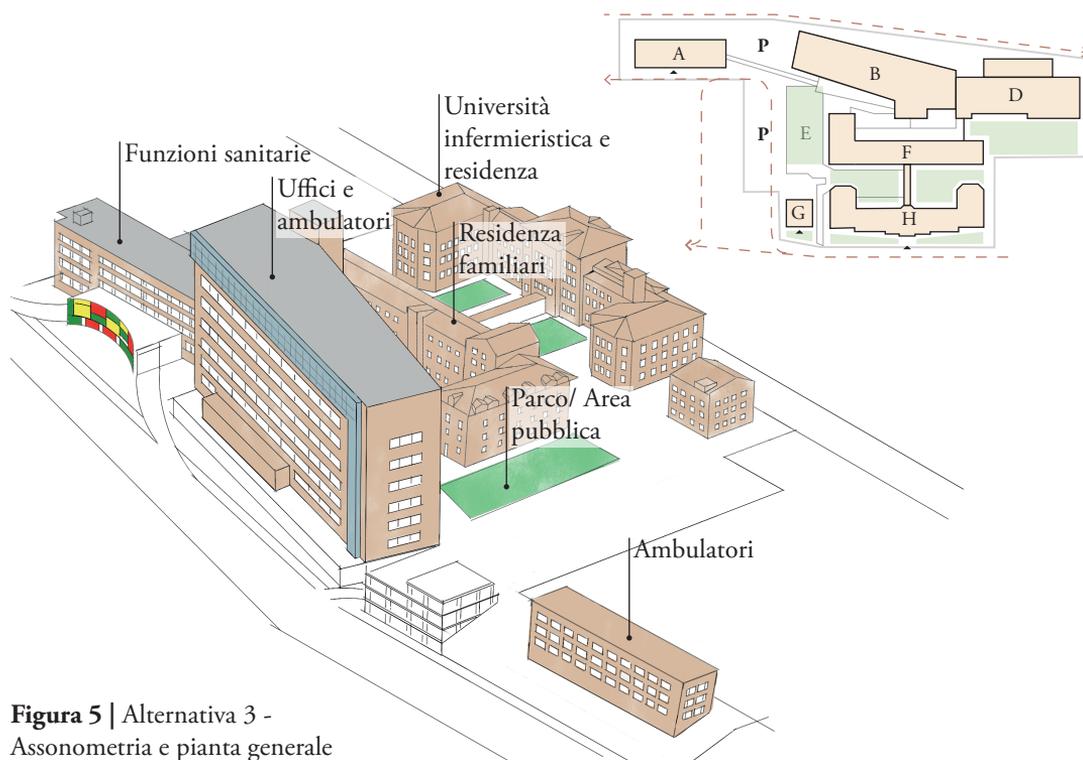
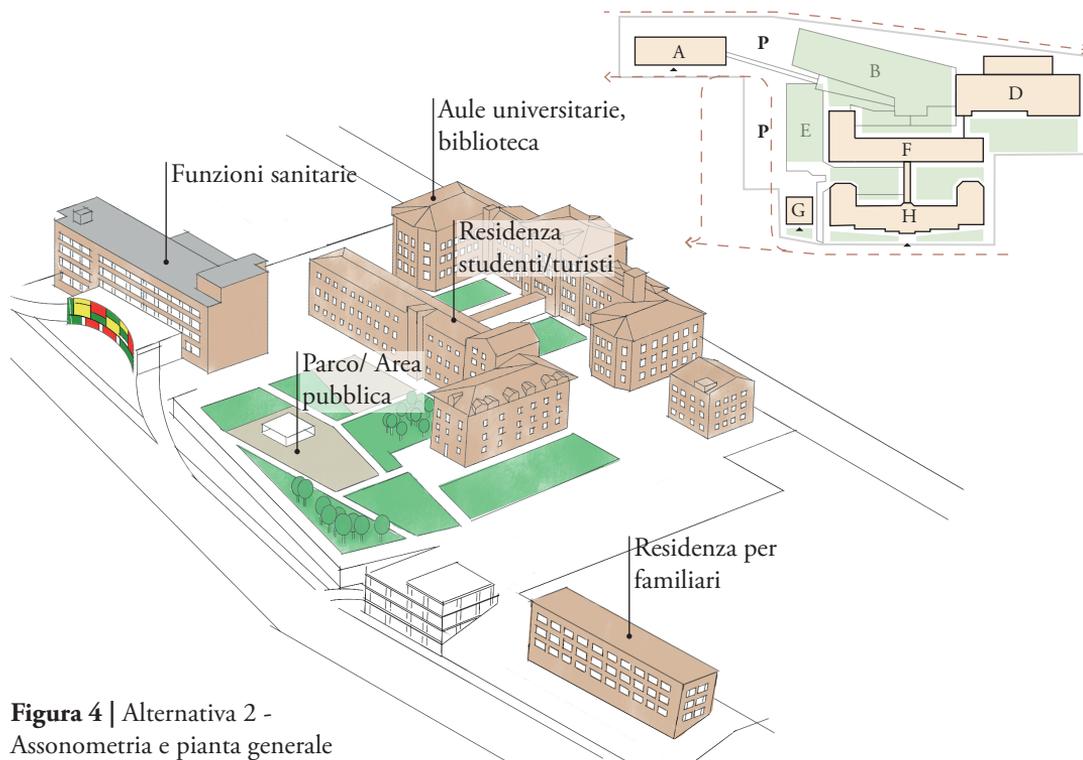
turisti. L'edificio A ospiterà dei mini - appartamenti per familiari di persone ricoverate nelle strutture sanitarie.

*Alternativa 3 | Uffici e Ambulatori ASUR + Parco/Area pubblica (Figura 5)*  
(decision scheme E)

*Descrizione* | L'intervento prevede la demolizione dell'edificio E, il mantenimento di parte dei parcheggi presenti e la realizzazione di un piccolo parco e/o spazio pubblico attrezzato per i cittadini. Gli edifici A e B, adeguati e riqualificati, ospiteranno ambulatori e uffici dell'Azienda Sanitaria. L'edificio F, adeguato e riquali-



**Figura 3** | Alternativa 1 - Assonometria e pianta generale



ficato, ospiterà residenze e mini - appartamenti per familiari di persone ricoverate nelle strutture sanitarie del fermano. Gli edifici G e H ospiteranno le aule universitarie della facoltà di infermieristica, residenze per studenti e mensa per lavoratori, studenti e docenti.

### 7.1.2 Cluster e nodi

Dopo aver definito le alternative e il relativo cluster, sono stati individuati i sotto-obiettivi del goal generale, i cluster di criteri e i rispettivi nodi. (**Figura 6**) Risultano dodici nodi, raggruppati in tre cluster, distinti per tematica. Nello specifico vi sono quattro nodi per il cluster "Aspetti Architettonico-Urbanistici", legati alla valorizzazione dell'area e degli edifici, al miglioramento della qualità del quartiere e della città. Il cluster "Aspetti Economici" comprende cinque elementi, tra cui i costi di realizzazione, di gestione e la capacità dell'opera di autosostenersi e di produrre ricchezza economica nella città. L'ultimo cluster "Aspetti Sociali" considera le potenzialità e le ripercussioni a livello sociale e cittadino della trasformazione dell'area. I cluster e i relativi nodi non nascono da processi nuovi o slegati da quelli sviluppati precedentemente, ma riprendono le Decision Areas individuate nell'SCA. Nello specifico il cluster "Aspetti Architettonico-Urbanistici" si svilup-

pa a partire dagli elementi del problem focus, di natura architettonica. Il cluster "Aspetti Sociali" riprende le decision areas "DESTINATARI?" e "ACCESSIBILITÀ?", escluse dal problem focus. Il cluster "Aspetti Economici" è legato alle decision areas "FINANZIAMENTO?" e "GESTIONE?". L'area decisionale "FUNZIONE?" risulta trasversale tra i nodi, confermandone la rilevanza. Difatti tale decision area era connessa alla maggior parte delle aree nel Decision Graph ed era stata definita Urgente nella determinazione dei livelli di importanza. Nella **Figura 7** sono mostrate le connessioni dirette tra i nodi dei cluster e le decision areas.

### 7.1.3 Il network decisionale

Dopo aver scomposto il problema, sono state definite le relazioni tra i cluster. È stato scelto di strutturare il problema seguendo il modello a rete singola. Sebbene la costruzione risulti più complessa rispetto alla rete strutturata, tale scelta permette di confrontare in maniera più completa i nodi.

Nel costruire il network si è ipotizzato che tutti gli elementi dei cluster dei criteri influenzino le alternative e che tutte le alternative influenzino gli elementi del network. Inoltre vi sono connessioni

## CLUSTER E NODI

<b>Aspetti Architettonico-Urbanistici</b>	
Nodo	Descrizione
Aumento aree verdi	Recupero e trasformazione di aree in seguito a demolizioni
Valorizzazione architettonica e riuso degli edifici adeguati	La trasformazione risulta coerente con la storia e la conformazione architettonica degli edifici preesistenti
Landmark cittadino	La trasformazione dell'area e le nuove funzioni saranno significative a livello urbano per la città
Miglioramento viabilità locale (Pedonale e Automobilistica)	Nuovo traffico cittadino e nuovi percorsi/aree pedonali
<b>Aspetti Economici</b>	
Nodo	Descrizione
Sviluppo economico di città e territorio	Un nuovo polo attrattivo può influenzare lo sviluppo della città e del territorio stesso
Costi di Realizzazione	Costi dovuti alle fasi di demolizione, adeguamento e costruzione
Tempi di realizzazione	Periodo di realizzazione del progetto
Costi di Gestione	Costi di gestione in fase di esercizio dell'attività
Capacità di autosostentamento	Attività che potrebbe avere bisogno di fondi iniziali per la realizzazione ma che in fase di gestione dovrebbe essere in grado di produrre flussi economici sufficienti per garantire l'autosostentamento
<b>Aspetti Sociali</b>	
Nodo	Descrizione
Punto d'incontro con nuovi servizi di interesse cittadino	Un nuovo luogo attrattivo per le nuove funzioni sia per i cittadini che per il territorio
Mix sociale nell'area prevalentemente residenziale	Le nuove destinazioni d'uso introdotte portano nell'area nuovi soggetti, con i quali la popolazione residente entrerà in relazione
Riduzione interesse verso altri luoghi	Spostare l'attenzione sul nuovo polo, riducendo interesse per altri luoghi (es. Piazza del Popolo)

Figura 6 | Cluster e nodi

di dipendenza tra nodi di cluster diversi, come “Landmark cittadino” e “Costi realizzazione”, e di interdipendenza tra nodi dello stesso cluster, come “Costi di realizzazione” e “Tempi di realizzazione”.

Tali scelte permettono di selezionare preferenze tra le diverse caratteristiche di ciascuna alternativa, tra le alternative in relazione ad un singolo nodo, tra priorità all'interno di uno stesso cluster.

La rappresentazione grafica del network

permette di visualizzare i cluster e le connessioni. L'interdipendenza tra cluster è indicata con una doppia freccia, la dipendenza (esterna) di un nodo da un nodo esterno al cluster con una freccia unica, mentre la dipendenza (interna) di un nodo da un nodo interno allo stesso cluster è rappresentato con una freccia curva (**Figura 8**). Il network decisionale è stato costruito con il supporto del software Superdecision.

Nodi	Decision Areas
Aumento aree verdi	FUNZIONE? DEMOLIZIONE?
Valorizzazione architettonica e riuso degli edifici adeguati	FUNZIONE? EDIFICI?
Landmark cittadino	FUNZIONE? EDIFICI?
Miglioramento viabilità locale (Pedonale e Automobilistica)	FUNZIONE?
Sviluppo economico di città e territorio	FUNZIONE?
Costi di realizzazione	FINANZIAMENTO?
Tempi di realizzazione	GESTIONE? FINANZIAMENTO?
Costi di gestione	GESTIONE? FINANZIAMENTO?
Capacità di autosostentamento	FINANZIAMENTO? FUNZIONE?
Punto d'incontro con nuovi servizi di interesse cittadino	ACCESSIBILITÀ? FUNZIONE?
Mix sociale nell'area, prevalentemente residenziale	DESTINATARI?
Riduzione interesse verso altri luoghi	FUNZIONE?

**Figura 7** | I nodi e le decision areas



## 7.2 Il confronto a coppie e il questionario

Dopo aver definito il network, è necessario procedere con i confronti a coppie tra cluster e nodi. I confronti, generati automaticamente dal software Superdecisions, si sviluppano a partire dalle relazioni di dipendenza/interdipendenza definite tra i nodi. Il metodo prevede la produzione di una serie di domande, che, attraverso l'utilizzo della scala fondamentale di Saaty, confrontano cluster e nodi. Una selezione di sessanta domande generate è stata utilizzata per la costruzione di un questionario, sottoposto poi a soggetti esperti. Le singole risposte al questionario sono state poi aggregate, per ottenere un unico giudizio numerico.

### 7.2.1 Il confronto a coppie

Il primo confronto a coppie si ha a livello dei cluster e porterà alla composizione della matrice peso dei cluster. In questo

caso il cluster delle alternative è stato considerato cluster *genitore*. Di conseguenza sarà generato un confronto tra i cluster *figli* (Aspetti Architettonico-urbanistici, Aspetti Economici e Aspetti Sociali) attraverso l'utilizzo della scala fondamentale di Saaty, che permette di esprimere in valori numerici i giudizi di preferenza.

La seguente domanda (**Figura 9**), sottoposta ai soggetti esperti intervistati, presentata al paragrafo 7.2.2, è emersa dal confronto tra i cluster considerati. L'aggregazione delle singole risposte date, di cui successivamente si spiegherà la modalità di calcolo, ha prodotto la relativa matrice di confronto a coppie rispetto alle alternative (**Figura 10**). I giudizi espressi e i punteggi assegnati evidenziano che la scelta tra le alternative è influenzata principalmente dagli aspetti sociali, a seguire da quelli architettonici e urbanistici e, in ultimo, dagli aspetti economici, come emerge dal *vettore priorità*. Tali dati permettono di costruire la matrice peso dei cluster, riportata in **Figura 11**.

*Dal punto di vista dell'individuazione della migliore alternativa, hanno più importanza...*

Asp. Arch-Urb 

≥9,5	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	≥9,5
------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	------

 Asp. Economici

Asp. Arch-Urb 

≥9,5	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	≥9,5
------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	------

 Asp. Sociali

Asp. Economici 

≥9,5	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	≥9,5
------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	------

 Asp. Sociali

**Figura 9** | Esempio di confronto a livello dei cluster

Alternative	Alternative	Asp. Arch-Urb	Asp. Economici	Asp. Sociali	Vettore priorità
Alternative	0	0	0	0	0,00
Asp. Arch-Urb	0	1	6	1/5	0,35
Asp. Economici	0	1/6	1	3	0,26
Asp. Sociali	0	5	1/3	1	0,39

**Figura 10** | Esempio di matrice di confronto a coppie del cluster rispetto alle alternative

	Alternative	Asp. Arch-Urb	Asp. Economici	Asp. Sociali
Alternative	0,00	1,00	0,25	0,50
Asp. Arch-Urb	0,35	0,00	0,25	0,50
Asp. Economici	0,26	0,00	0,25	0,00
Asp. Sociali	0,39	0,00	0,25	0,00

**Figura 11** | Matrice peso dei cluster

Si procede poi al confronto a coppie a livello dei nodi. Come per i cluster, si seguono le relazioni di dipendenza e di interdipendenza definite nel network decisionale. Vengono definiti di volta in volta nodi *genitori* e nodi *figli* per il confronto a coppie. In un primo momento sono stati considerati nodi genitore le alternative e valutate le interazioni con i nodi dei cluster dei criteri. La **Figura 12** mostra come esempio le domande emerse dal confronto tra l'Alternativa 2 - Università, Residenza + Parco/Area Pubblica - e i nodi del cluster Aspetti Architettonico-Urbanistici. I soggetti sono stati chiamati a scegliere un ele-

mento tra i due considerati e a dare, attraverso un valore numerico, un giudizio. Ad esempio, nel primo confronto "Aumento aree Verdi" e "Landmark cittadino" è stato preferito il secondo elemento, con il voto 7, che corrisponde a "importanza molto forte". Dai risultati emerge, ed è visibile, nel vettore priorità nella matrice di confronto a coppie (**Figura 13**), l'assoluta rilevanza del nodo "Valorizzazione architettonica e riuso degli edifici adeguati" sugli altri nodi del cluster e il ridotto valore di "Miglioramento di viabilità locale" in relazione all'alternativa 2, considerata nodo genitore nel confronto.

*Considerando l'alternativa 2 - Università, Residenza + Parco/Area Pubblica - e gli Aspetti Architettonico-Urbanistici, è più importante...*

Aum. A. Verdi 

≥9,5	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	≥9,5
------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	------

 Landmark citt.

Aum. A. Verdi 

≥9,5	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	≥9,5
------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	------

 Miglior. Viab.

Aum. A. Verdi 

≥9,5	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	≥9,5
------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	------

 Valoriz. Arch.

Landmark citt. 

≥9,5	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	≥9,5
------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	------

 Miglior. Viab.

Landmark citt. 

≥9,5	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	≥9,5
------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	------

 Valoriz. Arch.

Miglior. Viab. 

≥9,5	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	≥9,5
------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	------

 Valoriz. Arch.

**Figura 12** | Confronto a livello dei nodi

	Aum. A. Verdi	Landmark citt.	Miglior. Viab.	Valoriz. Arch.	Vettore priorità
Aum. A. Verdi	1	1/7	4	1/4	0,10
Landmark citt.	7	1	5	1/5	0,28
Miglior. Viab.	1/4	1/5	1	1/6	0,05
Valoriz. Arch	4	5	6	1	0,57

**Figura 13** | Matrice di confronto a coppie dell'alternativa 2 rispetto ai nodi del cluster Aspetti Architettonico-Urbanistici

	Aum. A. Verdi	Landmark citt.	Miglior. Viab.	Valoriz. Arch.	Vettore priorità
Aum. A. Verdi	1	4	3	1/2	0,32
Landmark citt.	1/4	1	4	1/3	0,16
Miglior. Viab.	1/3	1/4	1	1/5	0,07
Valoriz. Arch	2	3	5	1	0,45

**Figura 14** | Matrice di confronto a coppie dell'alternativa 1 rispetto ai nodi del cluster Aspetti Architettonico-Urbanistici

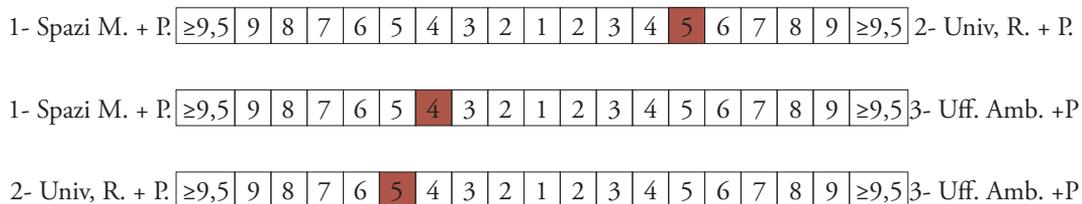
	Aum. A. Verdi	Landmark citt.	Miglior. Viab.	Valoriz. Arch.	Vettore priorità
Aum. A. Verdi	1	1/6	1/2	1/2	0,09
Landmark citt.	6	1	4	2	0,51
Miglior. Viab.	2	1/4	1	1/3	0,13
Valoriz. Arch	2	1/2	3	1	0,27

**Figura 15** | Matrice di confronto a coppie dell'alternativa 3 rispetto ai nodi del cluster Aspetti Architettonico-Urbanistici

Il confronto tra le alternative 1 e 3 e il cluster appena considerato è stato svolto con le medesime domande ed ha prodotto vettori proprietà differenti (Figure 14, 15). Nel confronto con le alternative è risultato determinante il medesimo nodo del confronto precedente, Valorizzazione architettonica e riuso degli edifici adeguati, mentre sono cambiate le priorità legate agli altri nodi. Le stesse tipologie di domande sono state poste nel confronto di ogni singola alternativa con i nodi appartenenti ai cluster Aspetti Economici e Aspetti Sociali. I risultati del confronto e tutti i vettori priorità saranno necessari per la composizione delle supermatrici.

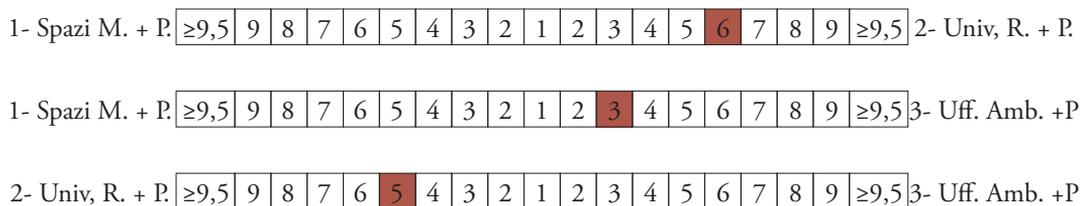
Un'ulteriore tipologia di confronto considera i nodi dei cluster dei criteri come nodi *genitori* e le alternative come nodi *figli*. Nella Figura 16, ad esempio, è considerato nodo genitore il nodo "Landmark cittadino", del cluster Aspetti Architettonico-urbanistici, ed è posto a confronto con i nodi del cluster delle alternative. La stessa tipologia di confronto è stata effettuata considerando nodo genitore ogni nodo dei cluster dei criteri, come "Mix sociale nell'area prevalentemente residenziale" del cluster degli aspetti sociali (Figura 17). Da questa ultima domanda emerge la preferenza per l'alternativa 2, legata alla funzione universitaria.

*Considerando "Landmark cittadino", è più significativo con l'alternativa...*



**Figura 16** | Confronto a livello dei nodi

*Considerando "Mix sociale nell'area prevalentemente residenziale", è preferibile con l'alternativa...*



**Figura 17** | Confronto a livello dei nodi

Inoltre, a partire dai legami stabiliti nel network tra nodi, in alcuni casi si generano domande di confronto a coppie tra due nodi di due cluster di criteri. Ad esempio, considerando il nodo “Punto d’incontro con nuovi servizi di interesse cittadino” del cluster degli aspetti sociali come nodo genitore, sono generate domande di confronto tra alcuni nodi del cluster degli aspetti architettonici, a cui risulta collegato (**Figura 18**).

Le domande mostrate sono esemplificative delle diverse tipologie presenti, emerse dai confronti tra nodi. Tra tutte le do-

mande, formulate a partire dai legami tra i nodi, definiti nel network decisionale, ne sono state selezionate sessanta per la composizione del questionario. I confronti sono stati selezionati in modo da poter risalire semplicemente alle valutazioni delle altre domande. La scelta di ridurre il numero è risultata necessaria per garantire un’attenzione e una concentrazione maggiore da parte dei soggetti esperti, a cui è stato sottoposto il questionario. Tutte le valutazioni e i vettori priorità emersi dai confronti sono mostrati nelle supermatrici, nei seguenti paragrafi.

*Considerando “Punto d’incontro con nuovi servizi di interesse cittadino”, è preferibile ...*

Aum. A. Verdi 

≥9,5	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	≥9,5
------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	------

 Landmark citt.

**Figura 18** | Confronto a livello dei nodi

### 7.2.2 I soggetti del questionario

Dopo la selezione delle domande, sono stati aggiunti ulteriori elementi al questionario, in modo che risultasse il più chiaro e completo possibile. Alle sessanta domande è stata preposta una parte introduttiva, composta dallo stato attuale del bene, dalla presentazione delle tre alternative, con assonometria, planimetria generale e descrizione e dalla definizione di cluster e nodi. A conclusione delle domande è stato predisposto uno spazio per eventuali commenti da parte degli esperti. Lo scopo principale è quello di fornire ai soggetti una visione completa del problema, degli scenari possibili di conversione del bene e degli elementi ritenuti rilevanti per lo sviluppo dell'indagine e per la valutazione delle ipotesi. È seguita poi una fase di individuazione dei soggetti a cui sottoporre il questionario. La scelta è stata dettata da molteplici fattori. In primis i soggetti dovevano essere esperti e qualificati e rivestire un ruolo significativo all'interno di istituzioni legate ai temi in oggetto. Inoltre dovevano o essere strettamente connessi al bene dell'Ospedale civile e al tema della sanità o essere interessati e coinvolti nella valorizzazione, nella promozione e nello sviluppo, sia sociale che economico, della città di Fermo. È stata così richiesta la partecipazione nello svolgimento del lavoro di soggetti dell'A-

zienda Sanitaria di Fermo, proprietaria del bene, e del Comune di Fermo. Nello specifico, dall'Azienda Sanitaria, hanno collaborato due soggetti appartenenti all'Unità Operativa Complessa dell'Area Vasta 4 di Fermo, che saranno identificati con 'Soggetto 1' e 'Soggetto 2'. Dal Comune di Fermo hanno partecipato tre persone, tra cui il Sindaco della Città e Presidente dell'Ente Universitario del Fermano (EUF) e il Dirigente all'Urbanistica. I tre soggetti saranno identificati con 'Soggetto 3', 'Soggetto 4' e 'Soggetto 5'. Gli incontri, svolti singolarmente con ciascun soggetto, si sono sviluppati nel medesimo modo. La prima fase, di una durata media di 10 minuti, era dedicata alla presentazione del lavoro, quindi ai possibili scenari per l'Ospedale civile, e alla spiegazione del questionario, con relativa introduzione ai criteri di valutazione e alla modalità di confronto tra diversi aspetti. Seguiva poi una breve fase di commenti e domande, fino ad arrivare alla compilazione del questionario. Tale attività, di circa 15 minuti, prevedeva uno svolgimento personale da parte del soggetto, con la possibilità di chiedere spiegazioni sulle domande proposte. Solitamente l'esperto, durante le valutazioni, leggeva le richieste ad alta voce, dando accenno alle motivazioni delle scelte effettuate o, a volte, esprimendo indecisione. Spesso in prossimità di alcune domande, soprattutto

to quelle in cui i nodi dei cluster di criteri erano nodi genitori, nel momento della valutazione tra le alternative, vi erano delle brevi pause di riflessione. Le domande sono risultate quasi sempre chiare e solo in pochi casi è stata necessaria una formulazione diversa del confronto. Seguiva poi una parte conclusiva di commenti, legati sia alle tematiche affrontate che alle modalità di confronto del questionario.

Nello specifico da parte dei soggetti dell'Azienda Sanitaria è stata espressa l'importanza degli aspetti economici sugli altri aspetti nella riconversione dell'Ospedale civile. Essi, che conoscevano in parte il lavoro e il tema trattato per incontri svolti precedentemente, non hanno espresso particolari commenti sulle alternative proposte, se non il valore, storico e culturale, che il complesso ha per la città. Lo svolgimento delle domande ha seguito un iter piuttosto lineare.

Diversi sono stati i dialoghi avuti con i soggetti del Comune. Nelle prime domande del questionario è emersa la priorità degli aspetti architettonici e sociali su quelli economici, a differenza delle interviste precedenti. Riguardo ai commenti, sono riportate brevemente delle considerazioni. Il *Soggetto 3* ha sottolineato come il ragionamento sul vecchio ospedale non possa prescindere dalla costruzione del nuovo, dalle sue caratteristiche. Riguardo poi alle alternative, nello specifico quella

che prevede la realizzazione di spazi museali, è stata espressa qualche perplessità, dovuta ad una serie di lavori previsti dalla città di Fermo proprio nella conversione di vecchi collegi e altri edifici di grandi dimensioni in spazi espositivi. Forte invece è il tema della ricettività. Interessante l'ipotesi di una residenza per studenti e turisti nella seconda alternativa, ma può essere pensata anche per le residenze per familiari. Infatti una residenza legata, ma meno vincolata alle attività ospedaliere, può sia rispondere alle esigenze turistiche nei periodi di flussi più intensi che contribuire al mantenimento dell'attività durante il resto dell'anno. Riguardo al questionario il *Soggetto 3* ha suggerito di aggiungere tra gli aspetti considerati, sia sociali che urbanistici, un punto che considerasse la conversione dell'ospedale in relazione a tutta la città e il territorio, passando da una scala di quartiere ad una scala più ampia. Ad esempio il nodo "Mix sociale nell'area prevalentemente residenziale" poteva assumere un valore diverso se considerato a livello di tutta la città. Ha inoltre annotato, nello spazio a disposizione, che ogni valutazione è espressa in relazione "alla concreta ed attuale situazione della città di Fermo e delle sue progettualità in corso di attuazione: non sono pertanto valori dati in assoluto."

La conversazione avuta con il *Soggetto 4* ha invece considerato ulteriori aspetti.

Dopo aver espresso l'importanza del presidio attuale per tutte le attività ricettive e commerciali presenti nel quartiere, durante e dopo lo svolgimento del questionario, ha espresso la preferenza, emersa anche dalle valutazioni date, per l'alternativa 2. Difatti la conversione dell'Ospedale Murri in polo universitario rappresenta una valorizzazione che privilegia sia l'interesse dell'area che della città. Una tale ipotesi può condizionare lo sviluppo economico, sociale, commerciale dell'intero contesto, impedendo lo svuotamento del centro storico di Fermo, anzi, promuovendo un nuovo disegno della città, in connessione con gli istituti presenti nelle vicinanze, come l'Istituto Tecnico Industriale. L'alternativa 2 costituirebbe una garanzia di continuità per le attività e un impulso positivo per la città.

Gli incontri avuti sono stati estremamente interessanti. Hanno infatti permesso un confronto diretto con soggetti esperti ed effettivamente coinvolti con il bene e la città di Fermo, apportando sia suggerimenti utili che valore al lavoro proposto. La compilazione dei cinque questionari, con le relative sessanta domande ciascuno, permetterà di valutare un unico scenario favorito.

### 7.2.3 L'aggregazione delle risposte

Ottenuti i cinque questionari e le valutazioni dei sessanta confronti, per poter verificare l'alternativa globalmente favorita è necessario aggregare le singole risposte date per ciascuna domanda, in modo da ottenerne una unica da inserire nel software Superdecision e permettere lo sviluppo delle supermatrici. Le modalità di aggregazione proposte dalla letteratura sono diverse. Tra le più utilizzate vi sono la media geometria e la media aritmetica delle valutazioni (Aczel & Saaty, 1983). Non è possibile definire quale sia la migliore tra le due, ma ciascuna viene applicata a seconda del contesto. Considerando però entrambi i metodi e il questionario in oggetto, è stato scelto di utilizzarne un terzo, già utilizzato da Lami e al. (2014). Il metodo consiste nell'applicare la media aritmetica tra i valori del nodo che ha ottenuto più preferenze, quindi il maggior numero di voti. Tale metodologia può essere definita "maggioritaria".

Concretamente, ogni risposta a ciascuna singola domanda è stata catalogata in un file excel, distinta per nodo favorito e per soggetto compilatore, così da avere una visione completa delle valutazioni espresse dai soggetti coinvolti. I valori del nodo maggiormente preferito sono stati poi sommati e divisi per il numero di valutazioni ricevute, così da definire un unico

valore numerico medio. I numeri risultanti, non sempre interi, sono stati approssimati per eccesso o per difetto, secondo i valori dei decimali dopo la virgola. Il valore finale è quello poi inserito nel software per il calcolo dei risultati.

Il seguente esempio (**Figura 19**) mostra il metodo “maggioritario” applicato ai risultati del confronto a coppie tra cluster, con il cluster delle alternative come cluster genitore.

a)

*Dal punto di vista delle alternative, hanno più importanza...*

Asp. Arch-Urb 

≥9,5	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	≥9,5
------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	------

 Asp. Economici

Asp. Arch-Urb 

≥9,5	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	≥9,5
------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	------

 Asp. Sociali

Asp. Economici 

≥9,5	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	≥9,5
------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	------

 Asp. Sociali

Considerando la domanda (a) di confronto a livello dei cluster sono state espresse le seguenti valutazioni (b) per ciascun cluster. Il cluster che ha ottenuto la maggioranza è il favorito. I valori del cluster preferito sono stati sommati ed è stata ottenuta la media aritmetica. L'ultima colonna mostra il valore della media, approssimato per difetto o per eccesso, riportato nel software (c).

b)

Domanda	Primo cluster	Indifferente	Secondo cluster	Media	Media appr.
1	5, 8, 4		6, 8	5,66	6
2	6		4, 7, 6, 4	5,25	5
3	2, 4, 2		7, 4	2,66	3

c)

Asp. Arch-Urb 

≥9,5	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	≥9,5
------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	------

 Asp. Economici

Asp. Arch-Urb 

≥9,5	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	≥9,5
------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	------

 Asp. Sociali

Asp. Economici 

≥9,5	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	≥9,5
------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	------

 Asp. Sociali

**Figura 19** | Aggregazione delle risposte - Confronto a livello dei cluster

### 7.3 Le supermatrici

#### 7.3.1 La supermatrice iniziale

L'inserimento di tutti i valori medi, calcolati a partire dalle risposte dei cinque questionari svolti, ha prodotto per ogni confronto a coppie tra nodi un vettore priorità. L'insieme dei vettori priorità di ogni confronto compone la supermatrice iniziale (**Figura 20**), non pesata, cioè non moltiplicata per la matrice peso dei

cluster. La supermatrice sintetizza tutti i rapporti e le influenze tra nodi definiti nel network decisionale. I valori di '0.00' segnano l'assenza di relazioni tra nodi, mentre i valori numerici descrivono la dipendenza di un nodo rispetto ad un altro. Sono ritrovabili i vettori priorità precedentemente sviluppati come esempi dei confronti a coppie. In evidenza è segnato il vettore priorità relativo al confronto tra nodi degli aspetti architettonico-urbanistici e le alternative (**Figura 13**).

		Alternative			Asp. Arch-Urb.				Asp. Economici					Asp. Sociali		
		1	2	3	AV	LC	MV	VA	CA	CG	CR	SE	TR	MS	PI	RI
Alternative	1	0.00	0.00	0.00	0.67	0.22	0.08	0.61	0.61	0.09	0.10	0.16	0.22	0.09	0.09	0.08
	2	0.00	0.00	0.00	0.25	0.69	0.20	0.27	0.27	0.72	0.67	0.72	0.34	0.72	0.72	0.26
	3	0.00	0.00	0.00	0.08	0.09	0.72	0.12	0.12	0.19	0.23	0.12	0.44	0.19	0.19	0.66
Asp. Arch-Urb.	AV	0.32	0.10	0.09	0.00	0.00	0.00	0.00	0.17	0.17	0.11	0.00	0.00	0.00	0.14	0.00
	LC	0.16	0.28	0.51	0.00	0.00	0.00	0.00	0.83	0.83	0.48	0.83	0.86	0.00	0.86	0.00
	MV	0.07	0.05	0.13	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	VA	0.45	0.57	0.27	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.41	0.17	0.14	0.00	0.00	0.00
Asp. Economici	CA	0.26	0.25	0.06	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	1.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	CG	0.08	0.12	0.31	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	CR	0.16	0.06	0.15	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	1.00	0.00	0.00	0.00
	SE	0.45	0.53	0.10	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	TR	0.05	0.04	0.38	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	1.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Asp. Sociali	MS	0.20	0.66	0.23	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	1.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	PI	0.66	0.26	0.67	0.00	0.00	0.00	0.00	1.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	RI	0.14	0.08	0.10	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00

**Figura 20** | Supermatrice iniziale (non pesata)

### 7.3.2 La supermatrice pesata

La supermatrice pesata (**Figura 21**) tiene invece conto delle priorità emerse dal confronto a coppie a livello dei cluster. La matrice peso dei cluster, precedentemente calcolata (**Figura 11**), deve essere moltiplicata per la supermatrice iniziale, non pesata. In questo modo la supermatrice risultante prende in considerazione le influenze dei diversi cluster nel determinare

l'alternativa favorita. La supermatrice pesata differisce da quella iniziale per i valori delle alternative, per tutti i valori dei nodi degli aspetti economici e per un nodo degli aspetti sociali. La motivazione è legata ai numeri presenti nella matrice peso dei cluster, in cui il valore unitario è presente solo per gli aspetti architettonico-urbanistici.

In evidenza i valori pesati del confronto precedentemente considerato.

		Alternative			Asp. Arch-Urb.				Asp. Economici					Asp. Sociali		
		1	2	3	AV	LC	MV	VA	CA	CG	CR	SE	TR	MS	PI	RI
Alternative	1	0.00	0.00	0.00	0.67	0.22	0.08	0.61	0.20	0.03	0.03	0.06	0.07	0.09	0.05	0.08
	2	0.00	0.00	0.00	0.25	0.69	0.20	0.27	0.09	0.24	0.23	0.25	0.11	0.72	0.36	0.26
	3	0.00	0.00	0.00	0.08	0.09	0.72	0.12	0.04	0.07	0.07	0.04	0.15	0.19	0.09	0.66
Asp. Arch-Urb.	AV	0.11	0.03	0.03	0.00	0.00	0.00	0.00	0.06	0.05	0.04	0.00	0.00	0.00	0.07	0.00
	LC	0.05	0.10	0.18	0.00	0.00	0.00	0.00	0.28	0.28	0.16	0.28	0.29	0.00	0.43	0.00
	MV	0.03	0.02	0.04	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	VA	0.16	0.20	0.09	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.14	0.05	0.05	0.00	0.00	0.00
Asp. Economici	CA	0.07	0.07	0.02	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.33	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	CG	0.02	0.03	0.08	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	CR	0.04	0.02	0.04	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.33	0.00	0.00	0.00
	SE	0.12	0.14	0.03	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	TR	0.01	0.01	0.10	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.33	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Asp. Sociali	MS	0.08	0.25	0.09	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.33	0.00	0.00	0.00	0.00
	PI	0.26	0.10	0.26	0.00	0.00	0.00	0.00	0.33	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	RI	0.05	0.03	0.04	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00

Figura 21 | Supermatrice pesata

### 7.3.3 La supermatrice limite

La supermatrice limite permette di ottenere le priorità finali di tutti i nodi. Essa si ottiene moltiplicando la supermatrice pesata un numero di volte tendente a infinito per se stessa, cioè applicando la formula

$$\lim_{k \rightarrow \infty} W^k$$

dove  $W$  è la matrice pesata.

Si ottiene così una supermatrice (Figura 22), generata in automatico dal software Superdecisions, le cui colonne descrivono il vettore priorità di tutti gli elementi considerati. La somma di ogni colonna è uguale a 1.00.

Successivamente tali valori, normalizzati, porteranno all'ordinamento delle alternative. In evidenza le priorità finali di ciascun nodo.

		Alternative			Asp. Arch-Urb.				Asp. Economici					Asp. Sociali		
		1	2	3	AV	LC	MV	VA	CA	CG	CR	SE	TR	MS	PI	RI
Alternative	1	0.13	0.13	0.13	0.13	0.13	0.13	0.13	0.13	0.13	0.13	0.13	0.13	0.13	0.13	0.13
	2	0.24	0.24	0.24	0.24	0.24	0.24	0.24	0.24	0.24	0.24	0.24	0.24	0.24	0.24	0.24
	3	0.08	0.08	0.08	0.08	0.08	0.08	0.08	0.08	0.08	0.08	0.08	0.08	0.08	0.08	0.08
Asp. Arch-Urb.	AV	0.03	0.03	0.03	0.03	0.03	0.03	0.03	0.03	0.03	0.03	0.03	0.03	0.03	0.03	0.03
	LC	0.11	0.11	0.11	0.11	0.11	0.11	0.11	0.11	0.11	0.11	0.11	0.11	0.11	0.11	0.11
	MV	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01
	VA	0.08	0.08	0.08	0.08	0.08	0.08	0.08	0.08	0.08	0.08	0.08	0.08	0.08	0.08	0.08
Asp. Economici	CA	0.03	0.03	0.03	0.03	0.03	0.03	0.03	0.03	0.03	0.03	0.03	0.03	0.03	0.03	0.03
	CG	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02
	CR	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02
	SE	0.05	0.05	0.05	0.05	0.05	0.05	0.05	0.05	0.05	0.05	0.05	0.05	0.05	0.05	0.05
	TR	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02
Asp. Sociali	MS	0.09	0.09	0.09	0.09	0.09	0.09	0.09	0.09	0.09	0.09	0.09	0.09	0.09	0.09	0.09
	PI	0.08	0.08	0.08	0.08	0.08	0.08	0.08	0.08	0.08	0.08	0.08	0.08	0.08	0.08	0.08
	RI	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02

Figura 22 | Supermatrice limite

### 7.4 I Risultati e le conclusioni

A partire dalla supermatrice limite è possibile ricavare il vettore delle priorità finali di ciascun elemento presente nel network decisionale. A partire dall'osservazione dei valori riportati e dal grafico (**Figura 23**), si possono notare i nodi con i valori più elevati. Nello specifico risultano favoriti tra gli aspetti architettonco-urbanistici, il Landmark cittadino (0.11), primo tra i nodi dei criteri, e la Valorizzazione archi-

tettonica e riuso degli edifici (0.08), tra gli aspetti sociali Mix sociale nell'area prevalentemente residenziale (0.09), secondo tra i nodi, e Punto d'incontro con nuovi servizi di interesse cittadino (0.08). Tra gli aspetti economici il favorito è Sviluppo economico di città e territorio (0.05). È interessante sottolineare che la scelta dipende principalmente dalla valorizzazione, a livello architettonico e cittadino, del bene in oggetto. Segue poi una serie di elementi di natura sociale ed economi-

Sigla	Definizione	Vettore priorità	
1	Spazi Museali + Parco/Area Pubblica	0.13	
2	Università, Residenza + Parco/Area Pubblica	0.24	
3	Uffici, Ambulatori + Parco/Area Pubblica	0.08	
AV	Aumento aree verdi	0.03	
LC	Landmark cittadino	0.11	
MV	Miglioramento viabilità locale (ped. e autom.)	0.01	
VA	Valorizzazione architettonica e riuso degli edifici	0.08	
CA	Capacità di autosostentamento	0.03	
CG	Costi di gestione	0.02	
CR	Costi di realizzazione	0.02	
SE	Sviluppo economico di città e territorio	0.05	
TR	Tempi di realizzazione	0.02	
MS	Mix sociale nell'area prevalentemente residenziale	0.09	
PI	Punto d'incontro con nuovi servizi di interesse	0.08	
RI	Riduzione interesse verso altri luoghi	0.02	

**Figura 23** | Il vettore delle priorità finali

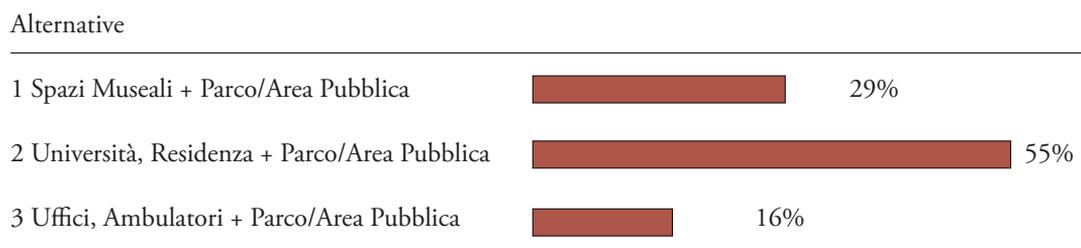
ca, che dimostra la preferenza di una alternativa che sia motore per la zona e per la città stessa. Risultano invece secondari e di peso ridotto, il Miglioramento alla viabilità locale (0.01), la maggior parte degli aspetti economici (Costi di gestione, Costi di realizzazione e Tempi di realizzazione di valore 0.02) e la Riduzione di interesse verso altri luoghi (0.02). Sono difatti poco significativi nel distinguere le tre alternative proposte, seppur siano fattori assolutamente rilevanti e da considerare negli interventi di trasformazione e di riutilizzo di parti di città.

### 7.4.1 La graduatoria finale

Dalla stessa supermatrice limite è possibile definire la graduatoria finale delle alternative. Infatti, il vettore priorità, nella colonna 'Priorità' (**Figura 24**) normalizzato mostra l'ordinamento degli scenari proposti. I risultati sono visibili nella colonna 'Normale' e mostrano la percentuale di preferenza di una alternativa. Nella colonna 'Ideale' sono riportati i valori normali divisi per il valore più alto, in questo caso 0.55. Da tali valori emerge la soluzione vincente: l'alternativa 2, che prevede la

Alternative	Descrizione	Priorità	Normale	Ideale	Ranking
Alternativa 1	Spazi Museali + Parco/Area Pubblica	0.13	0.29	0.53	2
Alternativa 2	Università, Residenza + Parco/Area Pubblica	0.24	0.55	1.00	1
Alternativa 3	Uffici, Ambulatori + Parco/Area Pubblica	0.08	0.16	0.28	3

**Figura 24** | Ordinamento finale delle alternative



**Figura 25** | Graduatoria grafica di preferibilità tra le alternative

realizzazione di un polo universitario, con residenze e parco/aree pubbliche, indicata come lo scenario favorito, si colloca in prima posizione con il 55% di preferenza. Seguono, visibile anche graficamente (**Figura 25**), al secondo posto l'alternativa 1, che prevede la realizzazione di un polo museale e di un parco/area pubblica, con il 29% di preferenza, e, in fine, al terzo posto, l'alternativa 3, con uffici, ambulatori e spazi pubblici, con 16% di preferenza.

#### 7.4.2 Conclusioni e commenti

Dalla graduatoria finale, lo scenario che prevede la trasformazione dell'attuale complesso ospedaliero di Fermo in un polo universitario risulta aver ottenuto la maggioranza delle preferenze. Difatti tale alternativa coinvolge una molteplicità di aspetti di interesse generale, potenziali per lo sviluppo della città e del territorio. Una popolazione giovane nella città, con diverse esigenze, oltre a creare nuovi flussi economici, arricchirebbe la società, portando nuovi stimoli e richiedendo ulteriori servizi. Inoltre l'occupazione degli spazi quasi del tutto continuativa, tra studenti, docenti e turisti nel periodo estivo, da un lato garantirebbe la sopravvivenza e l'implementazione delle attività presenti nell'area, dall'altro promuoverebbe l'interesse verso il centro storico.

L'applicazione del metodo Analytic Network Process ha permesso la valutazione di tre possibili scenari di trasformazione e di riuso del complesso ospedaliero della città di Fermo. Il valore di tale metodologia sta nella capacità di tener conto dei molteplici aspetti coinvolti, spesso difficilmente paragonabili o in conflitto tra loro, e dei diversi attori coinvolti nel processo decisionale. Inoltre, oltre ad essere un metodo che permette di affrontare in maniera trasparente il problema, individua, oltre alla singola alternativa preferita, tutti quegli elementi determinanti e di maggior peso. Per questo, passo decisivo del metodo è sicuramente la costruzione del network e delle relazioni di dipendenza e interdipendenza dei nodi, che definisce poi l'intero sviluppo del lavoro, i confronti e priorità. I numerosi fattori considerati hanno permesso, inoltre, ai partecipanti di avere una visione globale del problema e degli interessi generali. In conclusione, il metodo ANP è risultato un effettivo supporto alla decisione nell'ambito della trasformazione urbana e architettonica del bene, poiché ha fatto emergere con chiarezza le connessioni e i ruoli dei vari aspetti.





## Conclusioni

---

La ricerca svolta sul caso del riuso dell'Ospedale civile di Fermo ha condotto ad una visione ampia del problema, non limitata agli aspetti architettonici, ma comprensiva di fattori sociali ed economici che influenzano l'effettivo sviluppo del tema. L'obiettivo del lavoro era ipotizzare e valutare, con il supporto dei metodi di Strategic Choice Approach e di Analytic Network Process, i possibili scenari futuri per il complesso ospedaliero in via di dismissione. Dopo aver definito il tema del lavoro, è stato ritenuto determinate radicare la tesi nella realtà, cioè capire cosa significasse riutilizzare un bene architettonico e quanto fosse rilevante, a livello nazionale, il problema della dismissione dei presidi sanitari. Infatti l'Ospedale di Fermo non è un caso limite, ma è rappresentativo di un problema più ampio e complesso.

Lo studio di leggi e decreti ha permesso la valorizzazione del tema, dimostrandone l'attualità. Si è proseguito con l'analisi del caso studio in oggetto. Le indagini,

sia storiche che architettoniche, sul bene e sul contesto, sebbene abbiano permesso di inquadrare il presidio e la realtà in cui si inserisce, non sono risultate sufficienti nel descrivere la totalità delle questioni legate al tema del riutilizzo. Difatti, ad oggi, non vi sono documenti ufficiali legati al futuro del presidio. È stato così necessario svolgere un'intervista ad esperti che potessero fornire informazioni per lo sviluppo del problema: determinante è stato l'incontro con un soggetto dell'area tecnica dell'Azienda Sanitaria, da cui sono emersi dati utili per la ricerca. A partire dal momento dell'intervista, è iniziata una fase di analisi delle opportunità di riuso del presidio, confrontando in parallelo casi di conversioni, programmate, in fase di attuazione, realizzate, in altre città italiane. Lo studio di altri casi è stato decisivo per mostrare da un punto di vista architettonico e sociale il valore che può avere il riuso di un bene per la città e i cittadini, dall'altro le difficoltà nel prendere accordi e decisioni tra diversi soggetti, con diver-

## FASI DEL LAVORO

Time-line	Attività	Metodologia	Attori coinvolti
apr 2018	Definizione del tema: riuso ospedali dismessi		ML + Prof. Lami
mag 2018	Ricerca sulle tematiche: Adaptive Reuse Ospedali dismessi in Italia	Studio di letteratura su adaptive reuse, di leggi e normative italiane su ospedali	ML
giu-lug 2018	Ricerca sul caso studio dell'Ospedale Civile A. Murri di Fermo	Indagini storiche e interviste sul bene e sul contesto dell'Ospedale di Fermo	ML + Soggetto Azienda Sanitaria
	Casi studio in Italia e opportunità di riuso del presidio ospedaliero	Studio di casi con focus su funzioni e complessità. Ricerche su potenzialità	ML
sett 2018	Metodologia di analisi dei processi decisionali: SCA e ANP	Analisi e studio della letteratura sulle metodologie	ML + Prof. Lami
ott-nov 2018	Applicazione SCA: Shaping mode e Designing mode	Applicazione individuale e applicazione di gruppo per l'individuazione degli scenari	ML + Prof. Lami + Studenti
dic 2018	Applicazione Analytic Network Process	Individuazione criteri, strutturazione del network e composizione questionario	ML + Prof. Lami
gen 2019	Questionario	Somministrazione del questionario ai soggetti esperti di A. Sanitaria e Comune	ML + Soggetti 1, 2, 3, 4, 5
	Elaborazione risposte e individuazione alternativa favorita	Aggregazione risposte e inserimento valori nel software Superdecisions per risultati	ML
gen-feb 2019	Conclusione del lavoro		ML

Figura 1 | Fasi e sviluppo del lavoro di tesi

si interessi. In particolare, considerando il primo aspetto, sono evidenti le molteplici funzioni che una struttura ospedaliera dismessa può ospitare e che possono valorizzare sia l'architettura che il contesto in cui si inseriscono. Le complessità emerse nei casi studio sono dovute in alcuni casi alla difficoltà nell'individuare una funzione per la quale sia conveniente investire, in altri alla presenza di numerose personalità interessate e coinvolte, come il Comune, l'Azienda Sanitaria di riferimento, la Regione e, in alcuni casi, anche privati. Dai casi studio e da indagini sulla città di Fermo, sono state così ipotizzate una serie di funzioni plausibili per il complesso. Compresi le opportunità, le difficoltà nello sviluppo del tema e il numero di aspetti coinvolti, una gestione non strutturata del problema sarebbe risultata complessa e, probabilmente, poco efficace. Per tale motivo è stato scelto di utilizzare la metodologia dello Strategic Choice Approach come supporto per uno sviluppo strutturato della questione. È stata però proposta un'applicazione non totale dell'SCA, con limitazione alle fasi di shaping mode e di designing mode, con l'obiettivo di definire i decision schemes, cioè i possibili scenari futuri. Per il resto del lavoro è stato scelto di applicare un metodo multi-criteri, l'Analytic Network Process, che permette di individuare tra le alternative una favorita. Tale combinazio-

ne tra SCA e ANP, prima in letteratura, ha permesso la strutturazione e la valutazione degli scenari possibili, tenendo conto degli aspetti considerati rilevanti e dei soggetti coinvolti. Nello specifico, SCA è stato applicato in due modalità differenti, una individuale e una in gruppi di studenti della Magistrale di Architettura presso il Politecnico di Torino, arrivando alla definizione degli schemi decisionali. La formazione architettonica ha ristretto il problem focus, incentrandolo su questioni gestibili e conosciute dai soggetti, escludendo altri aspetti, difficili da trattare per mancanza di esperienza e conoscenza. La fase successiva ha visto un momento di lavoro individuale, nell'individuare criteri e aspetti per proseguire le indagini con la metodologia ANP. È stato così composto un questionario, con il supporto del software Superdecisions, revisionato dalla professoressa Lami, per una valutazione delle alternative, aggiungendo agli aspetti architettonici anche quelli sociali ed economici, esclusi precedentemente. Per dare valore al lavoro e verificarne l'utilità, i questionari sono stati sottoposti a soggetti esperti sia dell'Azienda Sanitaria, che del Comune di Fermo, interessati al bene e allo sviluppo della città. Le risposte, aggregate, hanno permesso l'individuazione di un'unica alternativa favorita. Il lavoro svolto necessita di una duplice considerazione, una legata all'utilità della com-

binazione dei metodi, SCA e ANP, l'altra all'alternativa individuata, da un punto di vista progettuale.

### 8.1 La metodologia

Combinare i metodi SCA e ANP sicuramente è una scelta innovativa, poiché dall'analisi della letteratura risulta assente tale tipologia di integrazione tra PSM e MCDA. I due metodi si integrano bene tra loro. Le prime due fasi di SCA hanno permesso di strutturare in modo approfondito il problema, individuando possibili scenari per il presidio da un punto di vista architettonico. L'ANP ha invece supportato l'individuazione dell'alternativa preferita, considerando gli attori reali coinvolti e gli aspetti sociali ed economici, esclusi dall'SCA. La combinazione ha avuto successo nel migliorare la comprensione del problema, con la definizione delle decision areas e delle decision options, e nell'identificare una soluzione plausibile alla questione. Il processo ha seguito un iter lineare, che ha visto sviluppi individuali e di gruppo nelle fasi di SCA e coinvolgimento diretto di attori esterni nella fase di ANP. Tale scelta ha necessitato di meno tempo e disponibilità dei soggetti, ai quali non sono stati richiesti ulteriori momenti di intervista o confronti di gruppo, se non quelli legati alla compilazione del questionario. Certamente, se fosse sta-

to organizzato workshop per lo sviluppo delle prime fasi di SCA, i soggetti sarebbero stati più consapevoli del problema, del percorso e delle alternative, ma sarebbero stati necessari sia un facilitatore esperto, in grado di gestire le diverse opinioni, sia una disponibilità maggiore dei soggetti a collaborare. Interessante sarebbe stato coinvolgere gli attori nella determinazione dei criteri e dei nodi nella strutturazione del network. Come emerso nell'applicazione, alcuni soggetti hanno espresso la mancanza di alcuni fattori, che avrebbero reso completa la valutazione. Inoltre, funzionali della metodologia ANP sono la trasposizione in numeri dei giudizi tra confronti a coppie, che rendono definito e chiaro il valore delle opzioni, e la forma del questionario: ciascun soggetto, individualmente, è chiamato ad esprimere la propria preferenza e contemporaneamente a ragionare su diversi aspetti, magari ritenuti secondari, ma importanti per altri. L'integrazione tra i due metodi risulta utile nello strutturare e nell'affrontare un problema complesso. L'SCA è particolarmente adatto nel definire le opzioni in situazioni problematiche e, nell'applicazione congiunta con ANP, garantisce una migliore comprensione del problema, delle diverse prospettive e dell'obiettivo da raggiungere. Questa applicazione, in conclusione, mostra come la combinazione di SCA e ANP potrebbe essere un valido

strumento di supporto alle decisioni in caso di problemi simili, quindi nell'ambito di adaptive reuse di edifici alla scala urbana/architettonica, perché il potenziale nell'identificazione delle incertezze e nello sviluppo di alternative di SCA è integrato e completato dalla strutturazione del problema come una rete, un network, con confronti a coppie e giudizi, di ANP.

## 8.2 L'alternativa favorita

Considerando il risultato prodotto dal lavoro, è interessante verificare la validità della scelta dell'alternativa 2, preferita sugli altri scenari, che prevede la conversione del complesso ospedaliero in campus universitario, con altre funzioni annesse. L'università, da sempre, risulta per le città che la ospitano, un motore di sviluppo urbano e di aumento della qualità della città stessa. Il continuo rinnovo di studenti, la necessità di nuovi servizi al passo con le esigenze e la presenza costante di giovani portano una interessante mixité nell'area che mantiene attiva e stimola l'intera città, sia da un punto di vista sociale, che economico, che culturale. Inoltre lo scenario individuato valorizza il complesso architettonico e le relative caratteristiche tipiche del complesso del Novecento, andando, ad esempio, a riutilizzare l'ingresso storico (**Figura 2**) e a reinvestire nei cortili. Infatti, tali spazi, in origine giardini,

attualmente sono utilizzati come parcheggi o spazi di servizio. Nella conversione vi è l'idea di restituire tali aree alla collettività (**Figura 3**), costituendo nuovi punti di sosta e di incontro. Gli edifici saranno riorganizzati nel loro interno (**Figura 4**): l'edificio d'ingresso ospiterà spazi universitari, come aule, aule studio, biblioteca e uffici dei docenti; l'edificio centrale, collegato direttamente al precedente, residenza, offrirà spazi e servizi per gli studenti e i docenti; i due edifici restanti saranno legati uno alle funzioni sanitarie, come struttura di riabilitazioni, e l'altro per accogliere familiari di pazienti ricoverati nelle strutture del territorio. L'intero complesso avrà come nucleo le aree pubbliche e gli spazi verdi. Essi, elementi di collegamento tra gli edifici, possono accogliere eventi o essere semplicemente punti d'incontro.

Come già espresso dal Soggetto 5, la conversione dell'Ospedale Murri in polo universitario rappresenta una valorizzazione che privilegia sia l'interesse dell'area che della città di Fermo. Una tale ipotesi può condizionare lo sviluppo economico, sociale, commerciale dell'intero contesto, impedendo lo svuotamento del centro storico, anzi, promuovendo un nuovo disegno della città, in connessione con gli istituti presenti nelle vicinanze, come l'Istituto Tecnico Industriale. L'alternativa 2 costituirebbe una garanzia di continuità per le attività e un impulso positivo per



Figura 2 | Il nuovo ingresso

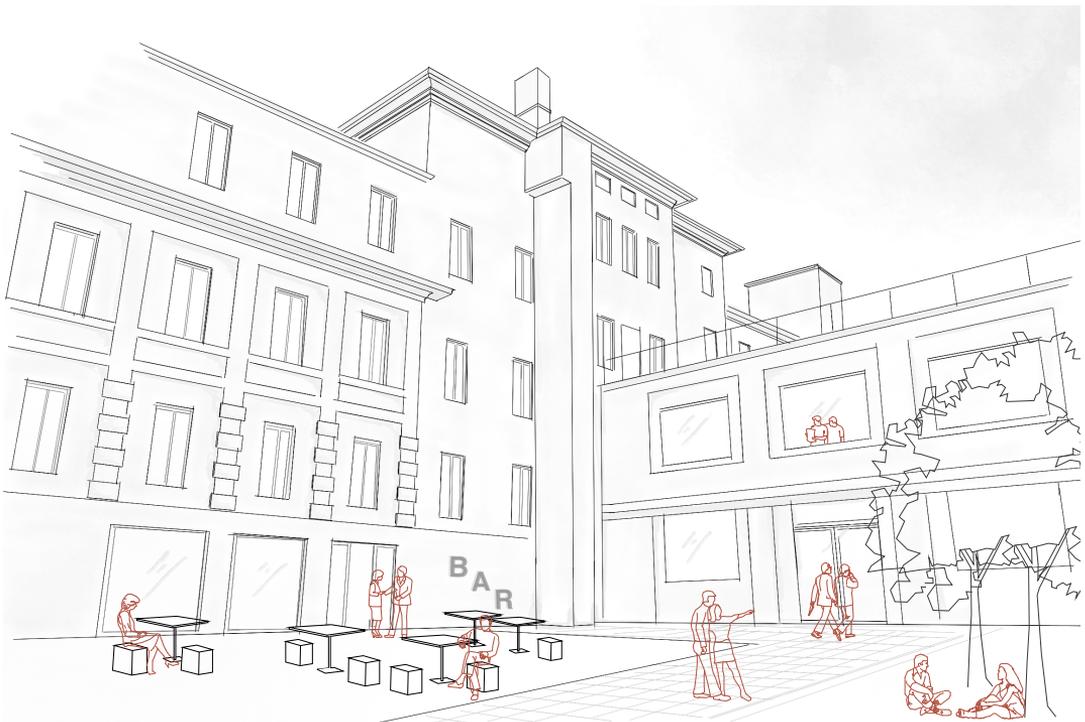


Figura 3 | I cortili

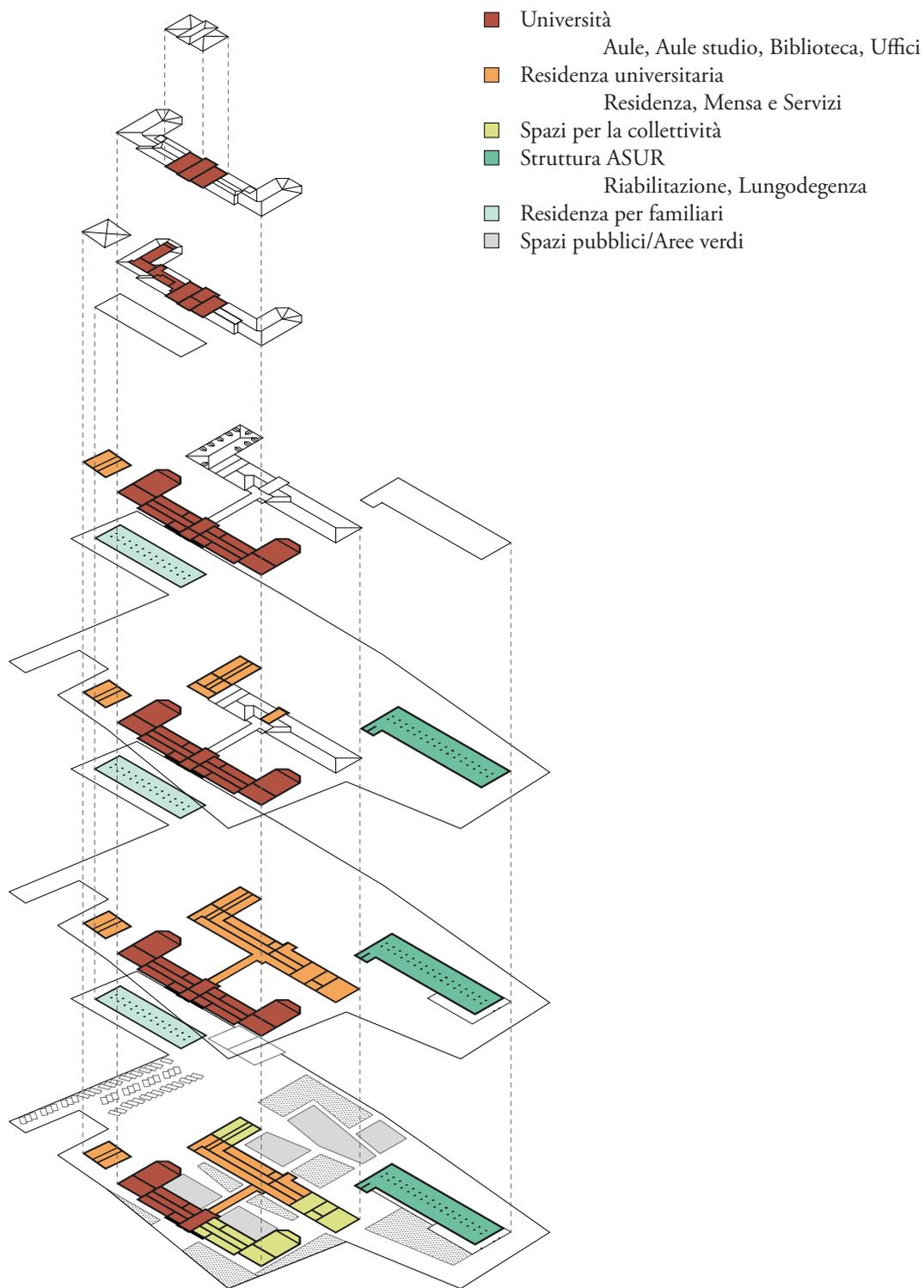


Figura 4 | Le funzioni

la città.

Inoltre, in annessione alla funzione universitaria, l'alternativa prevede l'utilizzo estivo delle residenze per studenti come struttura ricettiva per turisti. Il turismo è una grande ricchezza per il territorio e per la sua economia, soprattutto nella stagione estiva: la combinazione di residenza per studenti e per turisti risponde al problema dei diversi flussi stagionali, garantendo la presenza di una struttura sempre attiva e non totalmente dipendente dal turismo.

Il fatto che attraverso il questionario sia emersa tale preferenza, indica che gli aspetti e i criteri utilizzati per la valutazione sono stati utili per identificare, in caso di incertezza, e per confermare, in caso di tensione a priori verso una alternativa, la scelta favorita. Difatti, le domande hanno permesso ai soggetti intervistati di ragionare più approfonditamente sulle alternative, valutando non solo l'impatto iniziale della proposta, ma le effettive priorità tra gli elementi di confronto, tra aspetti architettonici, sociali ed economici.

### **8.3 Sviluppi e applicazioni future**

Alla luce dei risultati e delle considerazioni in merito ai metodi utilizzati e all'esito, può essere interessante continuare il lavoro, sviluppando un progetto effettivo, con analisi costi-ricavi, dell'alternativa vicente, verificandone la fattibilità.

Per verificare la validità della combinazione tra i metodi SCA-ANP, può essere interessante verificare se la scelta finale individuata in tale lavoro sarebbe stata la medesima, applicando l'intero processo SCA, con le fasi di comparing mode e di choosing mode. Paragonare, poi, i diversi iter per il raggiungimento dell'obiettivo e valutare il grado di complessità, lo sviluppo, la partecipazione dei soggetti e il risultato finale portebbero ulteriormente arricchire, o ridurre, il valore della combinazione sviluppata.

Per applicazioni successive può invece essere significativo coinvolgere i soggetti interessati nelle fasi precedenti il questionario: strutturare le fasi di SCA con un workshop, estendendo il focus decisionale ad aree di diverse tipologie, o costruire in maniera congiunta il network decisionale ANP, considerando fattori e criteri ritenuti rilevanti dagli individui.





---

## Allegati

---

### 1. Applicazione individuale SCA

Shaping mode /1

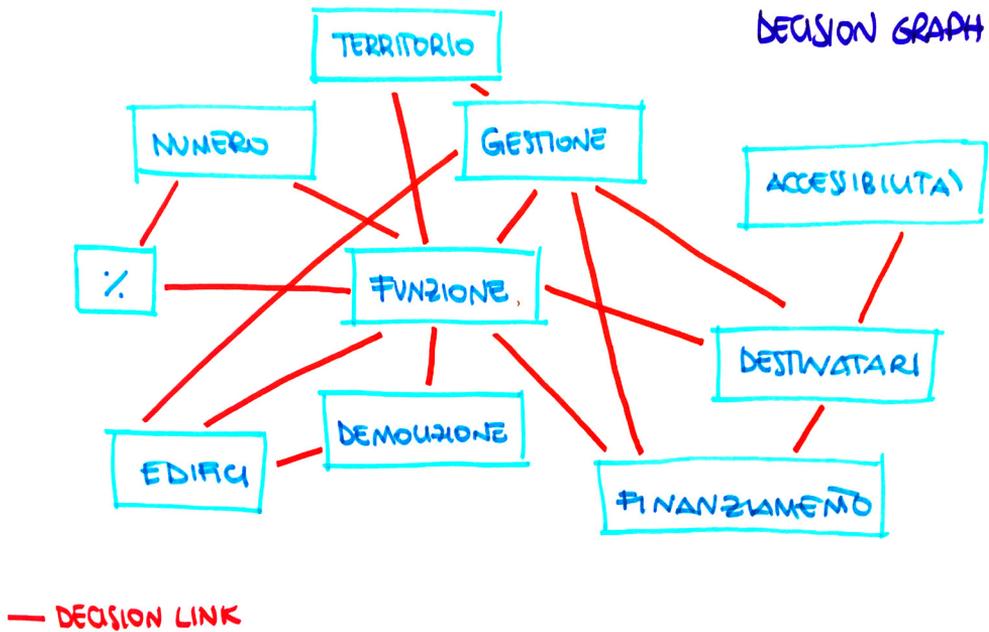
#### DECISION AREAS

QUALE FUNZIONE INSERIRE?  
AREA ACCESSIBILE AI CITTADINI?  
CHI USERA' IL COMPLESSO?  
CHI GESTIRA' IL COMPLESSO?  
SARA' DEMOLITA UNA PARTE?  
NUOVE COSTRUZIONI o ADEGUAMENTO?  
CHI FINANZIA IL PROGETTO?  
QUANTE FUNZIONI?  
IN QUALE PERCENTUALE?  
E' SOSTITUITA UNA FUNZIONE GIÀ PRELENTE?

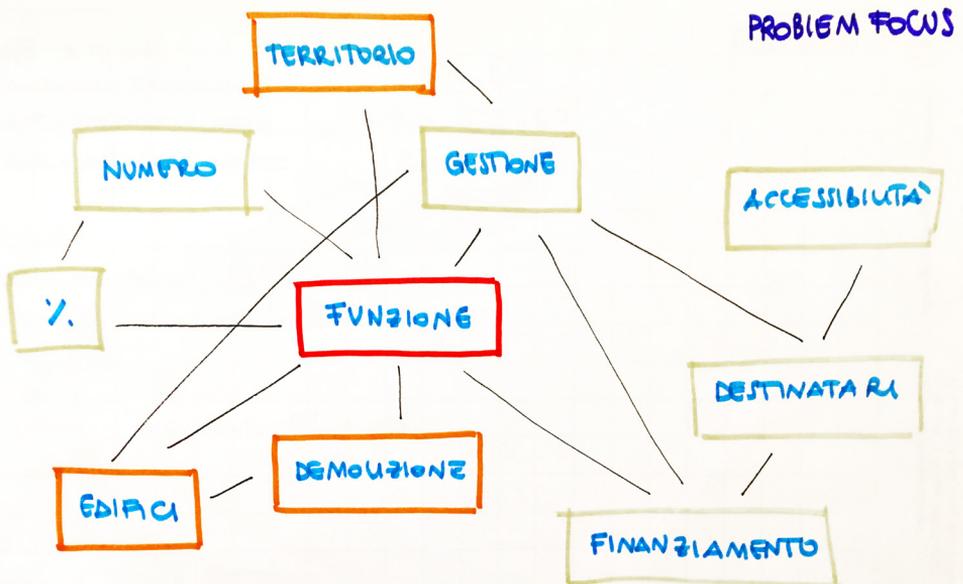
#### LABEL

FUNZIONE  
ACCESSIBILITA'  
DESTINATARI  
GESTIONE  
DEMOLIZIONE  
EDIFICI  
FINANZIAMENTO  
NUMERO  
%  
TERRITORIO

Shaping mode /2



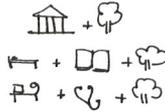
Shaping mode /3



Designing mode /1

**FUNZIONE** (50 PL ASUR)

1. MUSEI (Coralcasta + Provincia + Lab) + PARCO
2. RESIDENTE\* + ISTRUZIONE + PARCO
3. UFFICI ASUR + AMBULATORI + PARCO



**DECISION OPTIONS**

**TERRITORIO**

1. DIMISSIONE ALTRI EDIFICI
2. NUOVA FUNZIONE, NO DIMISSIONE →

**EDIFICI**

1. RICOSTRUZIONE + ADEGUAMENTO
2. ADEGUAMENTO

**DEMOLIZIONE**

1. EDIFICIO E      E
2. EDIFICI E + B      E + B

Designing mode /2

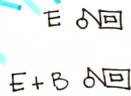
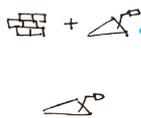
FUNZIONE



TERRITORIO



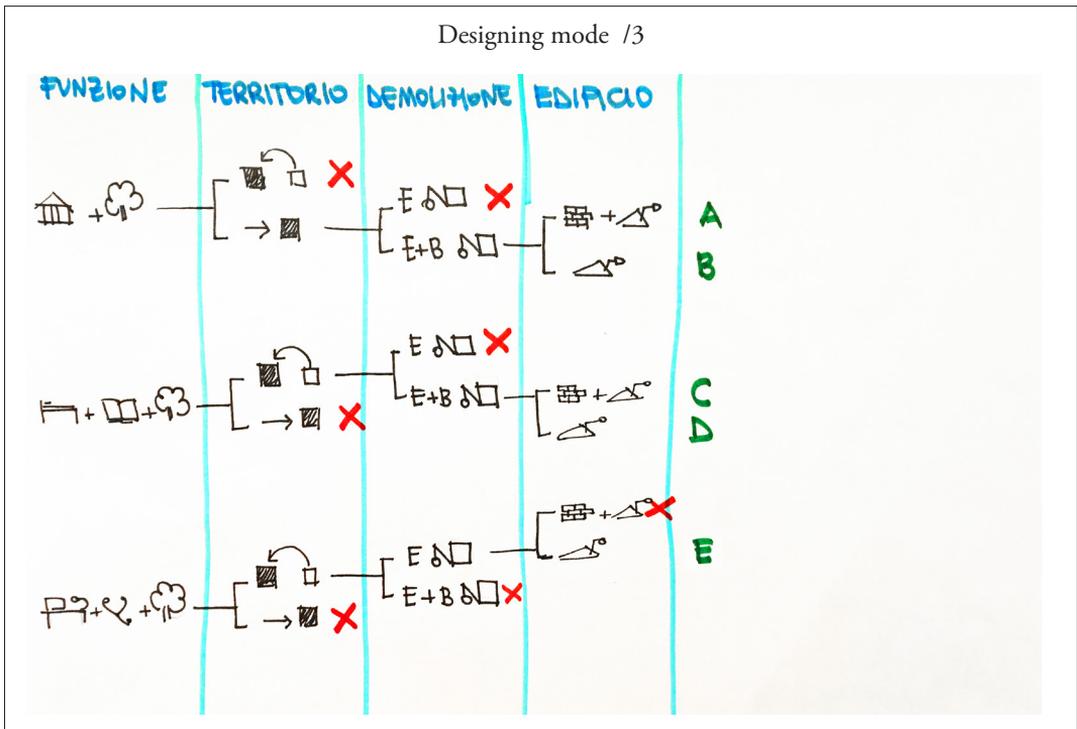
EDIFICI



DEMOLIZIONE

- IN COMPATIBILITÀ

Designing mode /3



## 2. Le domande del questionario

*Dal punto di vista dell'individuazione della migliore alternativa, hanno più importanza...*

Asp. Arch-Urb 

≥9,5	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	≥9,5
------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	------

 Asp. Economici

Asp. Arch-Urb 

≥9,5	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	≥9,5
------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	------

 Asp. Sociali

Asp. Economici 

≥9,5	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	≥9,5
------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	------

 Asp. Sociali

*Considerando l'alternativa 1 - Spazi Museali + Parco/Area Pubblica - e gli Aspetti Architettonico-Urbanistici, è più importante...*

Aum. A. Verdi 

≥9,5	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	≥9,5
------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	------

 Landmark citt.

Landmark citt. 

≥9,5	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	≥9,5
------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	------

 Miglior. Viab.

Miglior. Viab. 

≥9,5	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	≥9,5
------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	------

 Valoriz. Arch.

*Considerando l'alternativa 1 - Spazi Museali + Parco/Area Pubblica - e gli Aspetti Economici, è più rilevante...*

Cap. autosost. 

≥9,5	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	≥9,5
------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	------

 C. Gestione

C. Gestione 

≥9,5	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	≥9,5
------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	------

 C. Realizz.

C. Realizz. 

≥9,5	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	≥9,5
------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	------

 Sv. economico

Sv. economico 

≥9,5	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	≥9,5
------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	------

 Tempi Realizz.

*Considerando l'alternativa 1 - Spazi Museali + Parco/Area Pubblica - e gli Aspetti Sociali, è più importante...*

Mix sociale 

≥9,5	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	≥9,5
------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	------

 P. Incontro

P. Incontro 

≥9,5	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	≥9,5
------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	------

 Rid. interesse

*Considerando l'alternativa 2 - Università, Residenza + Parco/Area Pubblica - e gli Aspetti Architettonico-Urbanistici, è più importante...*

Aum. A. Verdi 

≥9,5	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	≥9,5
------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	------

 Landmark citt.

Landmark citt. 

≥9,5	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	≥9,5
------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	------

 Miglior. Viab.

Miglior. Viab. 

≥9,5	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	≥9,5
------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	------

 Valoriz. Arch.

*Considerando l'alternativa 2 - Università, Residenza + Parco/Area Pubblica - e gli Aspetti Economici, è più rilevante...*

Cap. autosost. 

≥9,5	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	≥9,5
------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	------

 C. Gestione

C. Gestione 

≥9,5	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	≥9,5
------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	------

 C. Realizz.

C. Realizz. 

≥9,5	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	≥9,5
------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	------

 Sv. economico

Sv. economico 

≥9,5	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	≥9,5
------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	------

 Tempi Realizz.

*Considerando l'alternativa 2 - Università, Residenza + Parco/Area Pubblica - e gli Aspetti Sociali, è più importante...*

Mix sociale 

≥9,5	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	≥9,5
------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	------

 P. Incontro

P. Incontro 

≥9,5	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	≥9,5
------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	------

 Rid. interesse

*Considerando l'alternativa 3 - Uffici e Ambulatori ASUR + Parco/Area Pubblica - e gli Aspetti Architettonico-Urbanistici, è più importante...*

Aum. A. Verdi 

≥9,5	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	≥9,5
------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	------

 Landmark citt.

Landmark citt. 

≥9,5	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	≥9,5
------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	------

 Miglior. Viab.

Miglior. Viab. 

≥9,5	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	≥9,5
------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	------

 Valoriz. Arch.

*Considerando l'alternativa 3 - Uffici e Ambulatori ASUR + Parco/Area Pubblica - e gli Aspetti Economici, è più rilevante...*

Cap. autosost. 

≥9,5	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	≥9,5
------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	------

 C. Gestione

C. Gestione 

≥9,5	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	≥9,5
------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	------

 C. Realizz.

C. Realizz. 

≥9,5	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	≥9,5
------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	------

 Sv. economico

Sv. economico 

≥9,5	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	≥9,5
------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	------

 Tempi Realizz.

*Considerando l'alternativa 3 - Uffici e Ambulatori ASUR + Parco/Area Pubblica - e gli Aspetti Sociali, è più importante...*

Mix sociale 

≥9,5	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	≥9,5
------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	------

 P. Incontro

P. Incontro 

≥9,5	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	≥9,5
------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	------

 Rid. interesse

*Considerando "Aumento aree verdi", è più significativo con l'alternativa...*

1- Spazi M. + P. 

≥9,5	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	≥9,5
------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	------

 2- Univ, R. + P.

2- Univ, R. + P. 

≥9,5	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	≥9,5
------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	------

 3- Uff. Amb. +P

*Considerando "Landmark cittadino", è più significativo con l'alternativa...*

1- Spazi M. + P. 

≥9,5	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	≥9,5
------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	------

 2- Univ, R. + P.

2- Univ, R. + P. 

≥9,5	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	≥9,5
------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	------

 3- Uff. Amb. +P

*Considerando "Miglioramento viabilità cittadina", è più significativo con l'alternativa...*

1- Spazi M. + P. 

≥9,5	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	≥9,5
------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	------

 2- Univ, R. + P.

2- Univ, R. + P. 

≥9,5	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	≥9,5
------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	------

 3- Uff. Amb. +P

*Considerando "Valorizzazione architettonica e riuso degli edifici", è più significativo con l'alternativa...*

1- Spazi M. + P. 

≥9,5	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	≥9,5
------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	------

 2- Univ, R. + P.

2- Univ, R. + P. 

≥9,5	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	≥9,5
------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	------

 3- Uff. Amb. +P

*Considerando "Capacità di autosostentamento", è più significativo con l'alternativa...*

1- Spazi M. + P. 

≥9,5	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	≥9,5
------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	------

 2- Univ, R. + P.

2- Univ, R. + P. 

≥9,5	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	≥9,5
------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	------

 3- Uff. Amb. +P

*Considerando “Costi di gestione”, è più significativo con l’alternativa...*

1- Spazi M. + P. 

≥9,5	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	≥9,5
------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	------

 2- Univ, R. + P.

2- Univ, R. + P. 

≥9,5	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	≥9,5
------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	------

 3- Uff. Amb. +P

*Considerando “Costi di gestione”, è più significativo con l’alternativa...*

Aum. A. Verdi 

≥9,5	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	≥9,5
------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	------

 Landmark citt.

*Considerando “Costi di realizzazione”, è più significativo con l’alternativa...*

1- Spazi M. + P. 

≥9,5	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	≥9,5
------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	------

 2- Univ, R. + P.

2- Univ, R. + P. 

≥9,5	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	≥9,5
------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	------

 3- Uff. Amb. +P

*Considerando “Costi di realizzazione”, è più significativo con l’alternativa...*

Aum. A. Verdi 

≥9,5	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	≥9,5
------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	------

 Landmark citt.

Landmark citt. 

≥9,5	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	≥9,5
------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	------

 Valoriz. Arch.

*Considerando “Sviluppo economico di città e territorio”, è più significativo con...*

1- Spazi M. + P. 

≥9,5	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	≥9,5
------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	------

 2- Univ, R. + P.

2- Univ, R. + P. 

≥9,5	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	≥9,5
------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	------

 3- Uff. Amb. +P

*Considerando “Sviluppo economico di città e territorio”, è più significativo con...*

Aum. A. Verdi 

≥9,5	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	≥9,5
------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	------

 Landmark citt.

*Considerando “Tempi di realizzazione”, è più significativo con l’alternativa...*

1- Spazi M. + P. 

≥9,5	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	≥9,5
------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	------

 2- Univ, R. + P.

2- Univ, R. + P. 

≥9,5	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	≥9,5
------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	------

 3- Uff. Amb. +P

*Considerando “Tempi di realizzazione”, è più significativo con l’alternativa...*

Aum. A. Verdi 

≥9,5	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	≥9,5
------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	------

 Landmark citt.

*Considerando “Mix sociale nell’area prevalentemente residenziale”, è preferibile con l’alternativa...*

1- Spazi M. + P. 

≥9,5	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	≥9,5
------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	------

 2- Univ, R. + P.

2- Univ, R. + P. 

≥9,5	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	≥9,5
------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	------

 3- Uff. Amb. +P

*Considerando “Punto d’incontro con nuovi servizi di interesse cittadino”, è preferibile con l’alternativa...*

1- Spazi M. + P. 

≥9,5	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	≥9,5
------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	------

 2- Univ, R. + P.

2- Univ, R. + P. 

≥9,5	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	≥9,5
------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	------

 3- Uff. Amb. +P

*Considerando “Punto d’incontro con nuovi servizi di interesse cittadino”, è preferibile con l’alternativa...*

Aum. A. Verdi 

≥9,5	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	≥9,5
------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	------

 Landmark citt.

*Considerando “Riduzione interesse verso altri luoghi cittadini”, è preferibile con l’alternativa...*

1- Spazi M. + P. 

≥9,5	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	≥9,5
------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	------

 2- Univ, R. + P.

2- Univ, R. + P. 

≥9,5	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	≥9,5
------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	------

 3- Uff. Amb. +P

## 2. Le risposte del questionario

Soggetto 1 - Azienda Sanitaria

Soggetto 2 - Azienda Sanitaria

Soggetto 3 - Comune di Fermo

Soggetto 4 - Comune di Fermo

Soggetto 5 - Comune di Fermo

	Primo Nodo					1	Secondo Nodo					Media*	
	S1	S2	S3	S4	S5		S1	S2	S3	S4	S5	P.N.	S.N.
1		4	5		8		8			8		6	
2			6				6	4		6	4		5
3	2		2	4				4			4	3	
4	3			4	4	1			8			4	
5		2	4	4	4	1				4		4	
6						1	4		3		7		5
7	5	3	8	4	5							5	
8		3		4			6		5		4		5
9			3				6	3		5	4		5
10	3	5	9	2	5							5	
11	3							5	3	4	5		4
12	5	2	7	3							3	4	
13	5					1			9	8	5		7
14	5	2	7	7	6							5	
15						1	5	8	3	7	6		6
16	6	3	9		5					6		6	
17		3		5	6		5		6			5	
18			2				4	3		9	7		6
19		5	8	9	6		4					7	
20	3			6	5			5	3			5	
21	3		8	7	6	1						6	
22						1 - 1	5		9		5		6
23		2	7	2			5				6	4	
24			2		5		5	2		3			3
25		3				1	5			4	5		5
26		3		4	6		7		6			4	
27	4	3	2	2	6							3	
28			7				4	5		4	3		4

	Primo Nodo					1	Secondo Nodo					Media	
	S1	S2	S3	S4	S5		S1	S2	S3	S4	S5	P.N.	S.N.
29						1	5	5	2	5			4
30	5	5	9	4	5							5	
31	6	5	8							6	8	6	
32	6		7		7			2		4		7	
33	7	5				1			7	4		6	
34		5		2	7	1	5					5	
35			6			1	4			4	7		5
36				3		1	8		7		8		8
37	5	5	7							4	8	6	
38		5	4	3			5				6	4	
39	6	5	7							4	8	6	
40	6		8	3	7	1						6	
41		5					4		6	6	5		5
42				7	5	1 - 1	4					6	
43					5		6	5	5	5			5
44		4			5		5		5	5			5
45		4	4	4			7				6	4	
46				4	4		4	5	7				5
47			6	3		1	4				5	4	
48		4					4		8	4	8		6
49	3	4		5	8				3			5	
50	7		7	4	3	1						5	
51					5	1	6			5			5
52				6			6	4			6		5
53			7	5		1 - 1	4					6	
54							4	5	10	5	8		6
55		4	3	5	8	1						5	
56	6	4							2	5	8		5
57		4		6	8		5		9			6	
58						1	5		8	5	7		6
59		4				1		4	10	4			6
60					7	1	4		5	6			5

\*La media riportata è la media arrotondata. Il valore risultante è il definitivo, inserito nei confronti a coppie prodotti dal software Superdecisions



---

## Bibliografia

---

### 01 Adaptive Reuse come strategia per la conservazione degli edifici

#### Libri e Articoli

Andaloro M., 2006, *La Teoria del Restauro del Novecento da Riegl a Brandi*. Atti del Convegno internazionale di studi, Ed. Nardini

Boito C., 1893, *Questioni pratiche di belle arti. Restauri, concorsi, legislazione, professione, insegnamento*, Milano

Brooker G. & Stone S., 2004, *Re-readings. Interior architecture and the design principles of remodelling existing buildings*. RIBA Enterprises: London

Cantacuzino S., 1975, *New uses for old buildings*, Architectural press : London

Fisher-Gewirtzman D., 2016, Adaptive Reuse Architecture Documentation and Analysis, in *Journal of Architectural Engineering Technology*

Machado R., 1976, Old Buildings as palimpsest. Towards a theory of remodeling, in *Progressive Architecture 11*

Morris W., Webb P. & al., 1877, *Manifesto of Society for the Protection of Ancient Buildings*

Plevoets B. & Van Cleempoel K., 2013, Adaptive Reuse as an emerging discipline: an Historic Survey, In G. Cairns (Ed.), *Reinventing architecture and interiors: a socio-political view on building adaptation* (pp. 13-32). London: Libri Publishers, 2013

Plevoets B. & Van Cleempoel K., 2012, Adaptive Reuse as strategy towards conservation of cultural heritage: a survey of 19th and 20th Century theories, IE INTERNATIONAL

CONFERENCE 2012, *Reinventing Architecture and Interiors: the past, the present and the future*, Revensbourne

Riegl A., 1928 [1903], *Il culto moderno dei monumenti. Il suo carattere e i suoi inizi*, Wien, , pagg.144-193

Ruskin J., 1849, *The Seven Lamps of Architecture*, London

Viollet-le-Duc E., 1990 [1854], *The Foundations of Architecture*. Selections from the Dictionnaire raisonné, George Braziller: New York

## **Documenti**

Carta di Atene per il Restauro di Monumenti Storici, Articolo 1, CIAM, Atene, 1931

Carta di Venezia. Carta internazionale per la conservazione e il restauro di monumenti e città, Articolo 5, ICOMOS, Venezia, 1964

## **02 I complessi ospedalieri dismessi nel panorama nazionale italiano**

### **Libri e Articoli**

Baglioni A., Tartaglia R., 2002, *Ergonomia e ospedale: valutazione, progettazione e gestione di ambienti, organizzazioni, strumenti e servizi*, il Sole 24 Ore, Milano

Carnevali O., Morlunghi P., 1986, *L'ospedale oggi: funzioni, organizzazione, strutture, personale*, La Nuova Italia Scientifica, Roma

Rossi Prodi F., Stocchetti A., 1990, *L'architettura dell'ospedale*, Alinea, Firenze

Terranova F. (a cura di), 2005, *“Edilizia per la sanità”*, UTET

### **Documenti**

*Direttiva Generale per l'attività amministrativa e la Gestione*, Ministero della Salute, 23 Febbraio 2017

*Intesa Stato Regioni del 2 luglio 2015*, Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano

*Patto della Salute 2014-2016*, Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, 10 luglio 2014

I modelli sanitari regionali, in *Relazione sullo Stato Sanitario del Paese 2012 - 2013*, Ministero della Salute

*Patto della Salute 2010-2012*, Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, 3 dicembre 2009

*Principi guida tecnici organizzativi e gestionali per la realizzazione e gestione di ospedali ad alta tecnologia e assistenza*, in Supplemento al n.6 di Monitor - Elementi di analisi e osservazione del sistema salute, AGENAS Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali, 2003

### **Leggi e Decreti Nazionali**

*L. 28 dicembre 2015*, n. 208, in materia di “*Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato*” (legge di stabilità 2016)

*L. 7 agosto 2012*, n. 135 in materia di “*Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini*”

*L. 11 marzo 1988*, n. 67, in materia di “*Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato*” (legge finanziaria 1988)

*L. 23 dicembre 1978*, n. 833, in materia di “*Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale*”

*D.L. 19 giugno 2015*, n. 78, in materia di “*Disposizioni per garantire la continuità dei dispositivi di sicurezza e di controllo del territorio. Razionalizzazione delle spese del Servizio sanitario nazionale nonché norme in materia di rifiuti e di emissioni industriali*”

*D.Lgs. 6 maggio 2011*, n. 68, in materia di “*Autonomia di entrata delle regioni a statuto ordinario e delle province, nonché di determinazione dei costi e dei fabbisogni standard nel settore sanitario*”

*D.Lgs. 30 dicembre 1992*, n. 502, in materia di “*Riordino della disciplina in materia sanitaria*”

*D.Lgs. 19 giugno 1999*, n. 229, in materia di “*Norme per la razionalizzazione del Servizio*

*sanitario nazionale”*

*D.M. 7 aprile 2015, n. 70, in materia di “Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera”*

*D.P.C.M 12 gennaio 2017, in materia di “Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza”*

*D.P.C.M. 29 novembre 2001, in materia di “Definizione dei livelli essenziali di assistenza”*

### **Sitografia**

[http://www.camera.it/leg17/465?tema=controllo\\_spesa\\_sanitaria](http://www.camera.it/leg17/465?tema=controllo_spesa_sanitaria)

<https://www.cortecostituzionale.it/>

<https://www.dati.gov.it/dataset/aziende-ospedaliere-aziende-ospedaliere-universitarie/>

<http://dati.istat.it/>

<http://noi-italia.istat.it/>

<http://www.salute.gov.it/portale/>

### **03 Il caso studio: l’Ospedale Civile di Fermo**

#### **Libri, Documenti e Rassegna Stampa**

Livi A., 2011, *Guida Storica artistica della Provincia di Fermo*, Andrea Livi Editore, Fermo

Livi A., 1994, *Le immagini e la memoria. Fermo dalla fine dell’800 agli anni ’50*, Andrea Livi Editore, Fermo

Livi A., 1996, *Le immagini e la memoria. Fermo dalla fine dell’800 agli anni ’60*, Andrea Livi Editore, Fermo, Volume II

Ferrari C., 1990, *Effemeridi della Città di Fermo*, Andrea Livi Editore, Capodarco di Fermo

Teodori V., 2001, *Giovan Battista Carducci. Architetto fermano (1806-1878)*, Andrea Livi Editore, Fermo

Tomassini T., 2008, *La città di Fermo nella toponomastica*, Andrea Livi Editore, Fermo

Scaloni C. (a cura di), 1990, *Opera Pia Brefotrofio (od ospedale di S. Maria della Carità)*, Il fondo archivistico delle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza del Comune di Fermo, Fermo

Papa Sisto V, *Bolla papale elevazione Cattedrale a sede Metropolitana*, 24 maggio 1584, in Trebbi F., Filoni Guerriere G., 2003, *La Chiesa Metropolitana di Fermo*, Livi Editore, Fermo, pagg 28-31

*Agosto 1965 - Maggio 1971. Sei anni di costante impegno e profondo rinnovamento*, Istituti Riuniti di Cura ed Educazione, Ente Ospedaliero Provinciale Generale, Fermo, 1971

*Inaugurazione del Nuovo Ospedale "Umberto I"*, in *La voce delle Marche*, Fermo, 14 gennaio 1933.

## **Decreti e Atti**

*Decreto del Dirigente della posizione di funzione Edilizia Sanitaria ed Ospedaliera*, 22 settembre 2017, n. 29, in materia di "Indizione della gara d'appalto tramite procedura aperta per l'affidamento del servizio relativo a: [...]; Lotto 2) Verifica del progetto esecutivo delle opere per la realizzazione della nuova struttura ospedaliera in loc. Campiglione nel Comune di Fermo, [...]"

*Atto di Consiglio del Comune di Fermo*, 25 luglio 2013, n. 74, in materia di "Riordino del Sistema Sanitario Regione Marche in conformità con il PSSR 2012-2014 e successive modifiche. Quadro politico-sanitario Area Vasta 4"

*Atto di Consiglio del Comune di Fermo*, 29 novembre 2012, n. 102 in materia di "Realizzazione della nuova struttura ospedaliera nel territorio della città di Fermo. Reiterazione vincoli urbanistici"

## **Sitografia**

[www.allingegneria.it](http://www.allingegneria.it)

[www.beniculturali.marche.it](http://www.beniculturali.marche.it)

[www.borsinoimmobiliare.it](http://www.borsinoimmobiliare.it), consultato il 12/10/2018

[www.dati.istat.it](http://www.dati.istat.it)

[www.fermomusei.it](http://www.fermomusei.it)

[www.ilrestodelcarlino.it/fermo/cronaca/nuovo-ospedale-campiglione](http://www.ilrestodelcarlino.it/fermo/cronaca/nuovo-ospedale-campiglione)

[www.mercato-immobiliare.it](http://www.mercato-immobiliare.it), consultato il 12/10/2018

[www.provincia.fermo.it](http://www.provincia.fermo.it)

[www.sistemamuseo.it](http://www.sistemamuseo.it)

[www.tuttitalia.it](http://www.tuttitalia.it), consultato il 12/10/2018

[www.ugeo.urbistat.com](http://www.ugeo.urbistat.com), consultato il 12/10/2018

[www.villanazareth.it](http://www.villanazareth.it)

#### **04 Le opportunità di riuso del complesso ospedaliero**

##### **Documenti**

*Capacità ricettiva per tipologia di esercizio, per comune e provincia delle Marche\_2017*, Statistiche per argomento - Turismo, Regione Marche, 2018

*Arrivi e presenze totali per tipo di esercizio e regione italiana di provenienza dei turisti 2017*, Statistiche per argomento - Turismo, Regione Marche, 2018

*Arrivi e presenze totali per tipo di esercizio e paese estero di provenienza dei turisti 2017*, Statistiche per argomento - Turismo, Regione Marche, 2018

*Arrivi e presenze totali per mese tipo di esercizio e provincia delle Marche\_2017*, Statistiche per argomento - Turismo, Regione Marche, 2018

## **Sitografia**

[www.comune.fermo.it](http://www.comune.fermo.it)

[www.comuni-italiani.it](http://www.comuni-italiani.it)

[www.ersu-ancona.it](http://www.ersu-ancona.it)

[www.fermodiocesi.it](http://www.fermodiocesi.it)

[www.fermomusei.it](http://www.fermomusei.it)

[www.ilrestodelcarlino.it](http://www.ilrestodelcarlino.it)

[www.informazione.tv.it](http://www.informazione.tv.it)

[www.istat.it](http://www.istat.it)

[www.marcafermana.it](http://www.marcafermana.it)

[www.statistica.regione.marche.it/statistiche-per-argomento/turismo](http://www.statistica.regione.marche.it/statistiche-per-argomento/turismo)

[www.spazidellafollia.eu](http://www.spazidellafollia.eu)

## **Casi Studio**

### **Caso A**

*D.G.M 18 ottobre 2011, n. 357, “Approvazione Variante Piano di Recupero ex Ospedale Umberto I”*

*D.G.R 30 ottobre 2006, n. 1243, in materia “Nulla osta all’alienazione di beni patrimoniali disponibili dell’azienda ospedaliera universitaria “Ospedali Riuniti” - Alienazione dell’area ex ospedale Umberto I”*

*D.C.C. 21 aprile 2005, n. 48, “Approvazione Piano di Recupero dell’APC 2”*

*Futuro dell’ex area ospedaliera di Piazza Cappelli, 28 gennaio 2004, Comune di Ancona, Regione Marche, ASUR e Azienda Ospedali Riuniti*

*Piano di Recupero, 18 maggio 2004, Comune di Ancona*

[www.archisal.it](http://www.archisal.it)

[www.comune.ancona.gov.it](http://www.comune.ancona.gov.it)

[www.ospedaliriuniti.marche.it](http://www.ospedaliriuniti.marche.it)

[www.studioti.com](http://www.studioti.com)

## **Caso B**

*La cura attraverso l'arte: Forlì, Storia e opere del patrimonio artistico di proprietà dell'Azienda USL della Romagna, Gruppo Cultura AUSL Romagna, Ravenna, 2017*

*D.C.C. 28 settembre 2009, n. 135, "Oggetto n. 122 : Bilancio di previsione 2009 - Verifica equilibri di gestione e ricognizione sullo stato di attuazione dei programmi ex art 193 dlgs 267/2000"*

*Bilancio Sociale di Mandato 2004-2009, Comune di Forlì, 2009*

*Verbale G.C. 25 novembre 2008, deliberazione n. 436, oggetto n. 14 , "Protocollo di Intesa tra Comune di Forlì e Azienda AUSL di Forlì per copertura Costi di Bonifica area ex ospedale Morgagni da riqualificare a campus universitario"*

*D.C. 29 settembre 2008, n. 137, "Oggetto n. 123 : Bilancio di previsione 2008 - Verifica equilibri di gestione e ricognizione sullo stato di attuazione dei programmi ex art. 193, dlgs 267/2000"*

*D.C.C. 27 giugno 2005, n. 79, in materia di "Accordo Quadro tra Alma Mater Studiorum - Università di Bologna per il Polo Scientifico - Didattico di Forlì e Comune di Forlì per la realizzazione di "Forlì Città Universitaria" - Allegato*

*Progetto "Centro Storico" - Allegato B - Database interventi e azioni, Comune di Forlì, 2004*

[www.architetti.com](http://www.architetti.com)

[www.bbcc.ibr.regione.emilia-romagna.it](http://www.bbcc.ibr.regione.emilia-romagna.it)

[www.comune.forli.fc.it](http://www.comune.forli.fc.it)

[www.lr-a.eu](http://www.lr-a.eu)

[www.morgagnipatologo.it](http://www.morgagnipatologo.it)

[www.territorisensibili.eu](http://www.territorisensibili.eu)

[www.ppan.it](http://www.ppan.it)

### **Caso C**

*D.D.G 28 maggio 2015, n. 618, “Attivazione proceduta di gara”*

*D.D.G. 11 novembre 2014, n. 975, “Approvazione Piano di valorizzazione per riutilizzo ex Ospedale Civile di Gubbio”*

*Delibera 4 novembre 2014, n. 645, “Aggiornamento del programma triennale 2014-2016 dei lavori pubblici e adozione programma triennale 2015.2017, con Ristrutturazione e riqualificazione della porzione di immobile dell'ex Ospedale di Gubbio che rimane in proprietà all'Azienda USL n. 1 per la realizzazione della c.d. Città della Salute all'interno del Programma Urbano Complesso PUC 2 Nova civica: riconquistare la centralità”*

*Piano di Valorizzazione per il riutilizzo dell'ex Ospedale di Gubbio, AUSL Umbria 1, 2014*

*Accordo di Programma tra Regione Umbria, Comune di Gubbio, AUSL Umbria 1, 2011*

*PUC2 - Piano Urbano Complesso 2 - Nova Civitas: riconquistare la centralità, Regione Umbria, Comune di Gubbio, AUSL Umbria 1, ATER Umbria, 2011*

[www.comune.gubbio.pg.it](http://www.comune.gubbio.pg.it)

[www.corrieredellumbria.corr.it](http://www.corrieredellumbria.corr.it)

[www.regione.umbria.it](http://www.regione.umbria.it)

[www.uslumbria1.gov.it](http://www.uslumbria1.gov.it)

## **Caso D**

*Affidamento in concessione in uso Locali per “Caffè Letterario” Ex Ospedale Santa Croce, Comune di Cuneo, Cuneo, 27 marzo 2017*

*D.G.C. 30 aprile 2014, n. 79, in materia di “Approvazione del Piano Esecutivo di Gestione 2014”*

*D.G.C. 14 aprile 2014, n. 31, in materia di “Approvazione del Bilancio di previsione 2014 e del Bilancio Programmatico Pluriennale 2014-2016”*

*Determinazione del Dirigente del Settore Lavori Pubblici del 18 febbraio 2014, n. 205, in materia di “POR FESR 2007/2013 Asse III - Riqualificazione territoriale attività III.22 - Programma integrato di sviluppo urbano Ristrutturazione e Rifunzionalizzazione del Palazzo Santa Croce”*

*Legge Regionale 1 dicembre 2008, n. 32, in materia di “Commissione Locale per il Paesaggio”*

*Completamento contratti di Quartiere II, Il triangolo super-acuto, Relazione introduttiva Proposta di Programma, Comune di Cuneo, Cuneo, 2006*

*Beni Culturali da Salvaguardare vincolati con decreto ministeriale o decreto della direzione regionale per i beni culturali e paesistici del Piemonte - Scheda 4, Settore Ambiente e Territorio - Ufficio Arredo Urbano e Tutela del Paesaggio, Cuneo, 2004*

*D.Lgs. 22 gennaio 2004, n.42, in materia di “Codice del Beni Culturali e del Paesaggio”*

[www.area-progetti.it](http://www.area-progetti.it)

[www.comune.cuneo.it](http://www.comune.cuneo.it)

[www.regione.piemonte.it/territorio](http://www.regione.piemonte.it/territorio)

## **Caso E**

*Piano Attuativo Ex Ospedale S. Giovanni Battista - Comparto B, Committente Koinon, Norme Tecniche di Attuazione, Comune di Foligno, 2011*

*Atto di Consiglio Comunale del 24 giugno 2010, n. 72, in materia di “Approvazione Piano*

*Attuativo Ex Ospedale S. Giovanni Battista - Comparto B*

*Atto di Consiglio Comunale del 21 aprile 2009, n. 36, in materia di "Approvazione Piano Attuativo Ex Ospedale S. Giovanni Battista - Comparto A"*

*Piano Attuativo Area ex Ospedale S. Giovanni Battista - Comparto B, Comune di Foligno, Foligno, 2007*

*Piano Attuativo Area ex Ospedale S. Giovanni Battista - Comparto A\_B, Comune di Foligno, Foligno 2007*

*Atto Pubblico del 12 dicembre 2006, n. 11925, raccolta 3559, "Rilevazione intera area dell'Ex Ospedale da Fondo Umbria - Comparto Monteluce"*

*Atto del Consiglio Comunale del 16 novembre 2006, n. 123, "Variante al PRG del Centro Storico"*

[www.archedstudio.it](http://www.archedstudio.it)

[www.comune.foligno.pg.it](http://www.comune.foligno.pg.it)

## **Caso F**

*Concorso Internazionale di Architettura - Il parco centrale di Prato, Comune di Prato, gennaio 2016*

*Accordo di Programma per la Riqualificazione Urbana e Realizzazione di un Parco Pubblico nell'area dell'ex Ospedale Misericordia e Dolce di Prato, Regione Toscana, Comune di Prato, Azienda USL 4 Prato, Provincia di Prato, Direzione Regionale, Soprintendenza, 11 ottobre 2014*

*D.C.C. del 21 marzo 2013, n. 19, "Piano Strutturale del Comune di Prato"*

*D.C.P. del 4 febbraio 2009, n. 7, "Piano Territoriale di Coordinamento della Provincia di Prato"*

*D.P.G.R. del 18 novembre 2005, n. 212, "Accordo di programma per la realizzazione del Nuovo Presidio Ospedaliero di Prato"*

*Piano Sanitario Regionale 2002-2004: Un sistema sanitario sostenibile, un sistema sanitario per la salute, un sistema sanitario di comunità*, Regione Toscana, 2002

*D.P.G.R. del 1997, n. 148, in materia di “Trasferimento del complesso Misericordia e Dolce all’azienda USL 4 di Prato”*

*D. Legislativo del 7 dicembre 1993, n. 517, in materia di “Riordino della disciplina in materia sanitaria”*

*D.P.G.R. del 1981, n. 8186, in materia di “Trasferimento al Comune di Prato di tutti i beni appartenenti al disciolto ente ospedaliero Misericordia e Dolce”*

*L. Regionale del 24 maggio 1980, n. 68, in materia di “Disciplina dell’utilizzazione del patrimonio della contabilità e dei contratti delle Unità sanitarie locali”*

*Legge del 23 dicembre 1978, n. 833, in materia di “Istituzione del servizio sanitario nazionale”*

[www.comune.prato.it](http://www.comune.prato.it)

[www.ilparcocentralediprato.it](http://www.ilparcocentralediprato.it)

[www.regione.toscana.it](http://www.regione.toscana.it)

## **05 La metodologia di analisi dei processi decisionali**

## **06 Applicazione Strategic Choice Approach al caso dell’Ospedale di Fermo**

## **07 Applicazione Analytic Network Process al caso dell’Ospedale di Fermo**

### **Libri e Articoli**

Aczel J., Saaty T.L., 1983, *Procedures for synthesizing ratio Judgements*. J. Math Psychol 27, pp. 93–102

Belton V., Marttunen M., Lienert J., 2017, *Structuring problems for Multi-Criteria Decision Analysis in practice: A literature review of method combinations*, European Journal of Operational Research, 263, pp. 1-17

Belton, V., Stewart, T. J., 2010, *Problem Structuring and MCDA*, in Trends in Multiple

Criteria Decision Analysis, Springer, cap. 8, pp. 209-239

Belton, V., Stewart, T. J., 2002, *Multiple criteria decision analysis - An integrated approach*. Boston: Kluwer

Figueira J., Greco S., Ehrgott M., 2005, *Multiple criteria decision analysis. State of the art survey*. Springer, NY

Franco L.A., 2009, *Problem structuring methods as intervention tools: reflections from their use with multi-organizational teams*, Omega- The international Journal of Management Science, 37, pp. 193-203

Franco L.A., 2006, *Forms of conversation and problem structuring methods: a conceptual development*, Journal of Operational Research Society 57, pp. 813-821

Franco L.A., Montibeller G., 2010, *Facilitated modelling in operational research*, European Journal of Operational Research 205, pp. 489-500

Friend J., Hickling A., 2005, *Planning under pressure: The Strategic Choice Approach*, 3rd edition, Pergamon, Oxford

Friend J., 1993, *Planning in the presence of uncertainty: principles and practice*, J. Infrastructure Plan. and Man. n. 476, pp. 1-9

Hamalainen, Luoma, Saarinen, 2013, *On the importance of behavioral operational research: The case of understanding and communicating about dynamic systems*, European Journal of Operational Research

Hossein M. e al., 2014, *Using Strategic Choice Approach in Urban Regeneration Planning*, International Journal of Architecture and Urban Development, vol.4, n.2

Lami I.M., Abastante F., Bottero M., Masala E., Pensa S., 2014, *Integrating multicriteria evaluation and data visualization as a problem structuring approach to support territorial transformation projects*, Euro Journal on Decision Processes 2, pp. 281-312

Lami I.M., Abastante F., 2017, *Social Housing evaluation procedures: literature review and steps forward*, Geingegneria Ambientale e Mineraria

Lami I.M., Bottero M., Lombardi P., 2008, *Analytic network process La valutazione di*

*scenari di trasformazione urbana e territoriale*, Alinea editrice, Firenze

Lami I.M., Tavella E., 2018, *On the usefulness of soft OR models in decision making: A comparison of Problem Structuring Methods supported and self-organized workshops*, European Journal of Operational Research

Mingers J., 2011, *Soft OR Comes of Age - But Not Everywhere*, Omega 39, pp. 729-741

Mingers J., Rosenhead J., 2001, *Diverse unity: Looking inward and outward, in Rational Analysis for a Problematic World Revisited: Problem Structuring Methods for Complexity, Uncertainty and Conflict*, Wiley, Chichester

Ram C., Montibeller G., Morton A., 2011, *Extending the use of scenario planning and MCDA for the evaluation of strategic options*, Journal of the Operational Research Society, 62, pp. 817-829

Rosenhead J., 1996, *What's the Problem? An Introduction to Problem Structuring Methods*, Interfaces 26, pp. 117-131

Rosenhead J., Mingers J., 2004, *Problem Structuring Methods in action*, European Journal of Operational Research 152, pp. 530-554

Saaty T.L., 2005, *Theory and applications of the Analytic Network Process*, RSW Publications, Pittsburgh

Saaty T.L., 2001, *The Analytic Network Process*, RWS Publications, Pittsburgh

Todella E., 2014, *Il progetto come scenario diacronico e problema decisionale. Il caso della caserma La Marmora a Torino*, Tesi magistrale in Architettura, Politecnico di Torino

White L., 2016, *Behavioural operational research: Towards a framework for understanding behaviour in OR interventions*, European Journal of Operational Research 249, pp. 827-841

White L., 2006, *Evaluating Problem-Structuring Methods: Developing an Approach to show the value and effectiveness of PSMs*, The Journal of Operational Research Society, vol. 57, n. 7, pp. 842-855





---

## Ringraziamenti

---

Desidero ringraziare in primis la professoressa Lami per il supporto costante nello sviluppo del lavoro. Gli stimoli continui, i suggerimenti e le direttive hanno permesso di affrontare con entusiasmo, curiosità, serietà e impegno le tematiche, in parte molto diverse dagli studi precedentemente svolti. La stima mostrata nei miei confronti e i dialoghi sempre costruttivi e interessanti sono stati fondamentali per giocarmi fino in fondo, con passione, nelle molteplici sfide della tesi.

Ringrazio inoltre tutti i soggetti che, direttamente o indirettamente, hanno reso possibile il lavoro di tesi. Nello specifico ringrazio coloro che con entusiasmo e sorprendente disponibilità hanno partecipato nei diversi momenti, con interviste e questionari, fornendo spunti e commenti di rilievo: dall'Azienda Sanitaria di Fermo, il Direttore Unità Operativa Complessa dell'Area Vasta 4 Ing. A. Franca e il Collaboratore di Supporto all'Area Attività Tecniche Geom. P. Cortucci; dal Comune di Fermo, il Sindaco della Città di Fermo e Presidente dell'Ente Universitario del Fermano (EUF) P. Calcinaro, il Dirigente all'Urbanistica A. Paccapelo e la referente della Cavalcata dell'Assunta di Fermo e socia della Cooperativa Turistica TUR.IS. Marche M.V. Ortenzi. Ringrazio poi la Segreteria della Direzione dell'ASUR, in particolare Daniela, la Segreteria del Sindaco, la Biblioteca Civica "Romolo Spezioli" di Fermo, l'Archivio di Stato di Fermo e Andrea Livi Editore, per aver supportato con puntualità ed efficienza la ricerca e il lavoro sul tema.

Un grazie particolare va agli amici architetti incontrati in questo percorso magistrale al Politecnico di Torino, con i quali ho condiviso fatiche, soddisfazioni, studio e passioni. Grazie a Carlotta, Salvatore, Ilaria, Barbara, Alessandro, Silvia, Francesco, ma soprattutto ai compagni del primo giorno, che poi non ho più mollato: il caro Gian, che c'è sempre stato, sempre sul pezzo, disponibile e attento, e Mari, un vulcano di energie, con cui niente è impossibile e, anche nelle difficoltà, "in qualche modo ce la facciamo."

Grazie agli amici del Poli, e non solo, che mi hanno accolta appena arrivata e fatto una grande compagnia in questi anni a Torino. Ho condiviso con loro un pezzo di vita, ricco di momenti belli, veri e altri meno semplici.

Grazie prima di tutto a Mami, che con il suo gran cuore e la sua semplicità mi ha fatto sempre sentire a casa. Grazie a Jamb per l'amicizia e i tanti momenti insieme, tra Torino, Roma e il Lago, a Michi per le fatiche condivise e la compagnia, a Gio, sempre stracarico per tutto, soprattutto per i giochi da tavolo, a Pippo, sempre disponibile, a Puma, sempre premuroso, alla cara Nuccia, alla forte Simona, alla viva e schietta Cati, alla determinata Miriam, alla dolce Fra Villata e all'Appa Unione, spesso seconda casa. Grazie a Sara, Chiara, Mari e Maddi per la quotidianità in casa, mai scontata.

Grazie alle amicizie storiche, che nonostante gli anni e la distanza durano. Grazie a Giulia, per la certezza della sua compagnia, e a Betti, per la semplicità e la letizia di ogni momento insieme.

Un grazie pieno di commozione agli amici di Firenze, che ho sempre con me nel cuore, per essere stati fondamentali nel cammino che mi ha portato ad essere quella che sono oggi. Ringrazio quella compagnia, sempre presente, che vince su tutto e che mi stupisce e mi abbraccia come la prima volta. Grazie alla Leti, a Matte, alla Madda, alla Lolli, alla Tere, alla Mina, alla Cate, alla Lidia, a Checco, alla Marta, a Giagio, al Bella, alla mitica Brunella e a tutti coloro che sono la casa dove posso tornare.

Un grazie speciale alla mia cara Franci, compagna di studio e di avventure negli anni a Firenze e amica di vita ora. Grazie per tutte le volte che ci siamo trattate da grandi, sostenute nelle fatiche, sfidate sulle cose importanti, dalla passione per l'architettura, all'amicizia, alla vita, e fatte compagnia, paradossalmente, nella quotidianità, come mai prima.

Grazie con tutto il cuore ad Anto. Lo ringrazio della compagnia concreta in ogni circostanza, nelle gioie, nelle fatiche, nei successi, nei dolori di ogni giorno, in questi due anni. Sempre più fondamentale per me è diventata la sua presenza, soprattutto in questi mesi, poiché è sempre riuscito, con una semplicità disarmante, ad avere uno sguardo di stima, di tenerezza e di fiducia in me e ad aiutarmi a dare il massimo, a guardare con gusto e a valorizzare il lavoro che ero chiamata a fare.

Infine desidero ringraziare tutta la mia grande famiglia, chi c'è e chi non c'è più, per avermi sempre sostenuto e accompagnato in ogni singola scelta, facendomi capire il valore della vita e sentire sempre amata.

Grazie a Luca, che non si arrende e continua a chiamarmi alle 20 ogni sera anche se non rispondo mai e, anziché offendersi, mi vuole ancora più bene, e anche io. Grazie a Laura, che mi ha trasmesso la passione per l'architettura e, con la sua razionalità, è un supporto certo ad ogni dubbio. Grazie a Giovanni per i continui stimoli e consigli, ad Agne e Cate per la vitalità, la gioia, la confusione e gli abbracci.

Il grazie più grande di tutti è ai miei genitori. In tutti questi anni mi hanno trasmesso il gusto delle cose belle e di quelle ben fatte, la dedizione e l'impegno in qualsiasi cosa avessi davanti, la tenacia e la grinta per non mollare mai e affrontare tutte le sfide con una profonda serenità nel cuore. La certezza del loro bene mi ha permesso di seguire con coraggio una strada intuita, che mi ha portato qui, e, sono sicura, mi condurrà a ad altre fantastiche *avventure, in cui non sarò mai sola.*







**POLITECNICO  
DI TORINO**