POLITECNICO DI TORINO

Corso di Laurea Magistrale in
ARCHITETTURA E VALORIZZAZIONE DEL PATRIMONIO

TESI DI LAUREA MAGISTRALE
a.a. 2020 - 2021

ARCHITETTURA E SANITA':
UNA PROPOSTA DI RIGENERAZIONE DEL POLO SANITARIO DI AVIGLIANA (TO)

RELATRICE:
PROF.SSA. SILVIA GRON

CANDIDATO:
CILLA ALBERTO

INDICE

1. INTRODUZIONE 7

2. SANITÀ IN ITALIA

2.1 Storia del Sistema Sanitario in Italia: dalle mutue al Sistema Sanitario Nazionale 11

2.2 La situazione attuale 20

2.2.1 ASO 21

2.2.2 IRCCS 21

2.2.3 Strutture private accreditate 22

2.2.4 ASL 22

2.2.4.1 Articolazione organizzativa delle ASL in Piemonte 23

2.3 Tutela della Salute degli anziani: le strutture residenziali 25

3. ASL TO 3

3.1 Organizzazione e funzioni (dati demografici, Comuni, servizi sanitari presenti, ospedali, RSA) 30

3.2 Distretto Valsusa – Val Sangone 32

3.2.1 Organizzazione e funzioni 32

3.2.2 Accessibilità 33

3.2.3 Mobilità privata 35

3.2.4 Mobilità pubblica 37

3.3 Attività Territoriali 39

3.4 Caso studio e proposta di miglioramento dei servizi pubblici 41

4. LA CITTÀ DI AVIGLIANA

4.1 Inquadramento 44

4.2 Luoghi di interesse 45

4.3 Viabilità principale 46

4.4 Viabilità pubblica 47

4.5 Socialità ad Avigliana 48

4.6 Dinamiche Demografiche, Sociali e Residenziali 51

5. OSPEDALE SANT'AGOSTINO

5.1 La Storia 59

5.2 Inquadramento area di studio 63

5.3 La Casa della Salute: Struttura e servizi 65

5.4 Analisi SWOT 75

5.5 Ipotesi di futuro della Sanità in Italia 78
6. CASI STUDIO
6.1 Polo Sanitario *Meyer* 83
6.2 *Emergency Hospital 19* 87
6.3 Ospedale dell' Angelo 91
6.4 *Hospice* Pediatrico di Bologna 95
6.5 Ospedale Maggiore Policlinico di Milano 97
7. PROGETTI DI SANITA' TERRITORIALE
7.1 L'Umanizzazione nei luoghi di cura 101
7.1.2 Il Tema del *Wayfinding* 103
7.1.3 I Giardini Terapeutici 103
7.2 Il progetto 107
7.3 La nuova viabilità pubblica 108
7.4 Il Polo Sanitario 110
7.4.1 Il parcheggio e la viabilità 113
7.4.2 L'ingresso e l'atrio principale 117
7.4.3 Il giardino esterno 120
7.4.4 Il giardino interno 124
8. CONCLUSIONI 130
ALLEGATO A – INTERVISTE 133
RINGRAZIAMENTI 144
BIBLIOGRAFIA 146
SITOGRAFIA 151
GLOSSARIO 153
ALLEGATO B – TAVOLA N 1. MASTERPLAN DI PROGETTO 155
ALLEGATO C – TAVOLA N 2. FOCUS GIARDINO 156
ALLEGATO D – TAVOLA N 3. PIANTA PIANO TERRA 157
ALLEGATO E – TAVOLA N 4. PIANTA PIANO PRIMO 158
ALLEGATO D – TAVOLA N 5. PIANTO PIANO SECONDO 159

"Abbiamo strade, automobili, alberghi, ristoranti, autogrill, aerei, treni di buon se non ottimo livello. Perché dovremmo tollerare oltre, proprio quando siamo ammalati più fragili e deboli, di entrare in ospedali indecorosi ed opprimenti?"

(Umberto Veronesi*, Maurizio Mauri, Costruiamo l'ospedale*, 2011)

1. INTRODUZIONE

In quest'ultimo anno il problema della Sanità in Italia, a causa della Pandemia da Covid 19, è diventato un punto centrale nel dibattito politico nazionale. La difficoltà del paese a gestire questa nuova emergenza, ha fatto emergere molte problematiche dovute ad anni e anni di tagli al personale sanitario – come emerso nelle interviste, -ma anche alla mancanza di spazi per il ricovero e l'inadeguatezza delle strutture ormai obsolete che non si prestano più alla funzione che devono svolgere. A questo bisogna aggiungere una nuova concezione di complesso sanitario, che si sta facendo pian piano strada negli ultimi decenni, in cui il paziente e i dipendenti sono al centro del pensiero e non sono più visti come malati o fruitori della struttura ma come persone con dignità e affettività a cui salvaguardare il benessere oltre che fisico anche psicologico.

È a fronte di questi fatti e considerazioni che ha preso corpo il mio lavoro di tesi, il cui campo di ricerca rientra nella pratica di trovare nuove soluzioni per l'accoglienza sanitaria in modo da adattarle alle nuove tendenze in atto.

In particolare, il lavoro si divide in due fasi principali: la prima è un'analisi della sanità in Italia, quindi la sua storia, com'è cambiata nel corso degli anni e com'è organizzata sul territorio.

La seconda fase è quella progettuale, in cui viene preso come caso da studiare il polo sanitario di Avigliana, punto di riferimento della popolazione Valsusina per l'assistenza delle cure, che negli ultimi anni ha visto riformulare la sua struttura, portandola ad essere da un Ospedale vero e proprio, dotata di adeguati reparti e di Pronto Soccorso, ad essere nominata nel 2018 "Casa della Salute", un progetto che comunque ha riscosso successo in Italia.

Partendo dallo studio del fabbricato, dalle nuove esigenze in tema di prevenzione delle malattie infettive, da una serie di interviste agli operatori sanitari e dalle nuove tendenze in atto, e successivamente passando da un'analisi SWOT per individuare al meglio i punti di forza, i punti di debolezza, le minacce e le opportunità, si propone un'idea che ridefinisce l'area di studio, con la speranza di generare effetti positivi per la cittadinanza.

2. LA SANITÀ IN ITALIA

2.1 **STORIA DEL SISTEMA SANITARIO IN ITALIA: DALLE MUTUE AL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE**

La legislazione in tema di sanità verrà analizzata qui andando a tracciare tutte le normative che, partendo dalla Legge Crispi del 1888, hanno condotto all'attuale normativa.

Prima di arrivare alla creazione di un sistema che mettesse alla base i diritti umani come il diritto alla salute, sono passati parecchi anni. Sono 3 innanzitutto le date fondamentali: 1861, anno dell'Unità d'Italia, 1948, anno in cui entrò in vigore la Costituzione Italiana e il 1978, anno in cui venne istituito il Sistema Sanitario Nazionale.

LA SANITÀ NEL REGNO D'ITALIA

Negli anni immediatamente successivi all'unità d'Italia l'organizzazione venne affidata a livello nazionale al Ministero dell'interno, mentre a livello locale venne affidata ai prefetti e ai sindaci. Questo fino al 1888 quando proprio presso il Ministero dell'Interno venne istituita la Direzione generale per la Sanità, primo sintomo dell'importanza via via crescente per i problemi sanitari nel nuovo Stato. In questo periodo sicuramente da ricordare furono la L. 22 dicembre 1888, riguardante i settori dell'igiene e della polizia sanitaria, e, specialmente la L. 17 Luglio 1890, detta anche legge Crispi[1], che ebbe una portata storica per il mondo della sanità: infatti dopo questo provvedimento le strutture sanitarie quali Ospedali, case di riposo e opere pie furono trasformati da enti privati in Istituti pubblici di Assistenza e Beneficenza (IPAB).

Alla legge Crispi seguirono altre norme che ebbero come obiettivo la creazione di un sistema assicurativo-previdenziale, che fosse in grado di garantire l'assistenza sanitaria ai lavoratori. Vennero istituiti quindi diversi enti che ancora tutt'oggi sono in funzione. Tra questi l'INAIL[2] (Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro), l'INPS[3], (Istituto Nazionale per la Previdenza Sociale) e l'ENPAS[4], (Ente nazionale di Previdenza e Assistenza per i dipendenti Statali). Ciascun Ente si occupava di una determinata categoria.

Il diritto alla salute era strettamente correlato alla condizione lavorativa e non era un diritto di cittadinanza come oggi. I lavoratori, con i propri

---

[1] Francesco Crispi fu un politico italiano (Agrigento 1818, Napoli 1901). Divenuto presidente del Consiglio (1887-91), fu autore di una politica 'forte' all'interno e all'estero. Successivamente tornò al governo nel 1893. Fonte: Treccani.it

[2] L'Inail, Istituto Nazionale Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro, è un Ente pubblico non economico che gestisce l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali.
Gli obiettivi dell'Inail sono:
- ridurre il fenomeno infortunistico.
- assicurare i lavoratori che svolgono attività a rischio.
- garantire il reinserimento nella vita lavorativa degli infortunati sul lavoro.
- realizzare attività di ricerca e sviluppare metodologie di controllo e di verifica in materia di prevenzione e sicurezza.

Fonte: Inail.it

[3] Nato nel 1898 allo scopo di garantire i lavoratori dai rischi di invalidità e vecchiaia, l'INPS ha assunto nel tempo un ruolo di crescente importanza, fino a diventare il pilastro del sistema nazionale di protezione sociale. Attualmente è il principale ente previdenziale del sistema pensionistico pubblico italiano, presso cui debbono essere obbligatoriamente iscritti tutti i lavoratori dipendenti pubblici o privati e la maggior parte dei lavoratori autonomi. Fonte: fpcgil.it

[4] Istituito nel 1942, ha personalità giuridica di diritto pubblico e sede a Roma: provvede alla previdenza e all'assistenza sanitaria per i dipendenti statali e i loro familiari. Dal 1° gennaio 1981 i suoi compiti in materia sanitaria sono state trasferite alle Aziende Sanitarie Locali. L' l'Ente fu posto in liquidazione nel 1978 al momento dell'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale. Fonte: Sapere.it

famigliari, erano obbligati a iscriversi all'Ente in modo da fruire dei servizi e delle cure sanitarie. Questo sistema venne comunemente chiamato mutua, termine che ancora oggi è usato impropriamente come sinonimo dell'attuale SSN.

Alla direzione Generale per la Sanità vennero attribuite competenze e responsabilità, mantenute fino al 1945. Dopodiché venne istituito L'Alto Commissariato per l'Igiene e la Sanità (ACIS) che ebbe il compito di Tutela della Sanità Pubblica e prevenzione e lotta alle malattie sociali.

GLI ANNI DEL DOPOGUERRA

Come abbiamo visto, la storia del Sistema Sanitario in Italia ha radici lontane; dalla gestione della sanità affidata al Ministero dell'Interno a livello nazionale e ai sindaci a livello locale (modello adottato negli anni immediatamente successivi all' Unità d'Italia), si arriva fino ai giorni nostri con l'istituzione delle Aziende Sanitarie Locali (ASL), passando attraverso una serie di riforme.

Nei primi anni del Dopoguerra, fino a tutti gli anni trenta, in Italia proseguiva la strategia di sviluppo della protezione assicurativo-previdenziale contro malattie e infortuni iniziata già alla fine nel secolo precedente. Il sistema assistenziale-sanitario era basato sull'iscrizione dei lavoratori volontaria e non obbligatoria, a società di mutuo soccorso che, finanziate dai loro stessi contributi, provvedevano alle esigenze sanitarie di una determinata categoria di professioni e dei familiari a loro carico. L'accesso alle cure rimaneva quindi fuori chi non si poteva iscrivere agli enti mutualistici perché disoccupato o sottoccupato.

Ma nel gennaio del 1943 con la legge 138, si assiste a una svolta importante per la sanità italiana: nasce il sistema delle mutue. Tale modello prevedeva l'iscrizione obbligatoria, e non più volontaria, di tutti i lavoratori a un ente previdenziale diverso per ogni settore di attività. Vengono pertanto istituiti l'INAM (Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro le Malattie) per tutti i lavoratori dell'industria, agricoltura, e commercio; e l'ENPAS (Ente Nazionale di Previdenza e Assistenza per i dipendenti Statali). Negli anni successivi, l'obbligo di iscriversi agli enti mutualistici, viene esteso anche a molte altre categorie di lavoratori fino ad arrivare agli anni sessanta quando si assiste alla nascita delle casse mutue anche per i liberi professionisti. Le preesistenti società di mutuo soccorso confluiranno nei nuovi enti.

L'entrata in vigore della Costituzione Italiana, il 1 gennaio 1948, pone le basi per una politica più equa e inclusiva. A testimonianza di ciò il tema della salute viene inserito in Costituzione[5] con l'articolo 32 comma 1 che recita:

"La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti".

La norma è rivoluzionaria nel doppio valore della salute: è un diritto individuale inviolabile e assoluto

[5] La Costituzione è la legge fondamentale dello Stato; occupa il gradino più alto della scala gerarchica delle fonti normative della Repubblica. Approvata dall'Assemblea Costituente il 22 dicembre 1947, è entrata in vigore il 1 gennaio 1948. Fonte Salutedirittofondamentale.it

e un bene di rilevanza collettiva. L'Italia fu la prima in Europa a riconoscere il diritto alla salute nella sua Costituzione.

Una data importante è quella del 1968, quando venne promulgata la legge sulla riforma ospedaliera a opera del ministro Luigi Mariotti[6], legge di importanza storica per il riconoscimento dei diritti umani e sociali dei cittadini. La legge 132 (legge Mariotti) convertì i nosocomi, fino ad allora strutture private spesso gestite da enti religiosi[7], in enti autonomi, tutti con la stessa organizzazione e tutti finalizzati allo svolgimento di attività di ricovero e cura. Questa legge, inoltre, anticipando un principio caposaldo della successiva istituzione del SSN, rende obbligatoria l'assistenza ospedaliera a tutti i cittadini e non soltanto agli iscritti agli enti mutualistici.

[6] Luigi Mariotti (nato a Firenze il 23 novembre 1912 – morto a Firenze, 27 dicembre 2004) è stato un Ministro Italiano. La durata del suo Governo andò dal 22 luglio al 24 giugno 1968. Fonte: Senato.it

[7] Ospedale nel XVI secolo.

ISTITUZIONE SISTEMA SANITARIO NAZIONALE E DELLE UNITA' SANITARIE LOCALI

Ma negli anni successivi all'istituzione delle casse mutue, si resero sempre più evidenti le criticità di questo sistema in quanto forti erano le disparità di offerta sanitaria tra una mutua e l'altra e di conseguenza evidente era lo scostamento da quel principio di universalità delle cure espresso nella Costituzione.

In seguito a un lungo ed acceso dibattito politico, il governo Andreotti IV[8], con la legge n. 833 del 23 Dicembre 1978[9] soppresse il sistema mutualistico ed istituì il Servizio Sanitario Nazionale, riformando l'intera disciplina della sanità Italiana; la riforma sostituì, infatti, tutte le casse mutue esistenti con un'unica assicurazione nazionale estesa a tutta la popolazione a prescindere dalla condizione lavorativa. Questo significava che ogni cittadino, anche disoccupato o sottoccupato, avrebbe avuto diritto ad essere curato a spese dello Stato grazie a risorse economiche derivanti dal gettito fiscale generale. Ci fu quindi il superamento della visione precedente in cui le prestazioni sanitarie erano erogate non al "cittadino" ma al "lavoratore" con conseguenti casi di mancata copertura assistenziale.

Nacquero così negli anni '80 le USL (Unità Sanitarie Locali) gestite dal punto di vista organizzativo, dai Comitati di Gestione i cui membri erano nominati dai consiglieri comunali eletti nei municipi compresi nel territorio di ogni USL.

Ma negli anni '92 in seguito all'esigenza di dare alla sanità pubblica una gestione meno politica e più manageriale, vennero abolite dal governo Amato, con la legge 502, le USL e sostituite con le ASL (Aziende Sanitarie Locali), enti pubblici ma con ampia autonomia gestionale facente capo ad un manager pubblico (direttore generale) nominato dalla Regione. Gli ospedali più importanti vennero scorporati dalle rispettive Asl e trasformati in Aziende Sanitarie Ospedaliere (ASO), anch'essi autonomi e con organizzazione giuridica simile a quella delle Asl. A livello nazionale le quasi 670 USL vennero così accorpate dando vita a 230 ASL affiancate da circa 90 ASO.

Questa trasformazione faceva comunque parte del progetto di promuovere il passaggio da un sistema integrato a uno contrattuale. Nel primo modello, caratteristico delle USL, le prestazioni sanitarie venivano direttamente erogate interamente in strutture pubbliche da personale pubblico; nel secondo modello, invece, è la singola ASL a decidere quali prestazioni erogare direttamente e quali commissionare a strutture private a cui si concede la convenzione con il SSN equiparandole a quelle pubbliche. I cittadini, in tal modo, avrebbero potuto esercitare la libertà di scegliere tra tutte le strutture accreditate che siano pubbliche o private

[8] Il Governo Andreotti IV, guidato da Giulio Andreotti, rimase in carica dal 11 marzo 1978 al 20 marzo 1979. E' stato il trentaquattresimo governo della Repubblica Italiana, il secondo della VII legislatura. Fonte: dallarepubblica.it

[9] Fonte: Normattiva.it

Negli anni successivi alla riforma del '92, il dibattito politico vide in campo da una parte i sostenitori e difensori del ruolo pubblico nella sanità nazionale e dall'altro i fautori di una maggiore privatizzazione. Con il Decreto 229 del 1999 (decreto Bindi), si introduce il concetto di rapporto esclusivo e irreversibile di lavoro, secondo cui i medici avrebbero dovuto scegliere tra attività solo in strutture pubbliche (scelta che sarebbe stata premiata dal punto di vista economico) e attività pubblica affiancata da attività privata (scelta penalizzata dall'impossibilità di ricoprire ruoli di responsabilità dirigenziali), regola che il secondo governo Berlusconi ha provveduto a modificare eliminando l'irreversibilità della scelta e introducendo la possibilità da parte del medico di scegliere di anno in anno il tipo di rapporto di lavoro; il decreto Bindi inoltre istituisce i LEA (Livelli Essenziali di Assistenza), cioè l'elenco uniforme delle prestazioni che lo Stato garantisce.

Alla fine di questo breve excursus storico possiamo affermare che il nostro paese ha sperimentato tutti i principali modelli sanitari; dal sistema volontario delle assicurazioni private si è passato al modello intermedio dell'iscrizione obbligatoria alle varie mutue professionali, fino ad arrivare al modello universalistico del SSN nelle sue diverse sfaccettature organizzative.

IL SSN DEL 2000

"Il Servizio Sanitario Nazionale è costituito dal 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"[10].

I principi fondamentali su cui si basa il SSN, ispirati all'art. 32 della Costituzione, e princìpi fondanti della L 833/1978 sono i seguenti:

- Principio di universalità, per il quale si garantisce l'erogazione di prestazioni sanitarie a tutti, senza distinzioni di reddito, sociali e di condizioni individuali.
- Principio di uguaglianza: secondo cui tutti, a parità di bisogno, hanno diritto alle medesime prestazioni.
- Principio di globalità, secondo cui non si tiene conto della sola malattia ma della persona in generale.

Inoltre la legge definisce per la prima volta la struttura con cui si organizza il Servizio Sanitario Nazionale, dividendo i compiti e le responsabilità su 3 livelli:

- A livello Statale (funzioni di programmazione generale e di stanziamento delle risorse);
- A livello Regionale (funzioni legislative, programmatorie e coordinamento);

[10] Da Art 1 Legge 23 dicembre 1978, n. 833 "Istituzione del servizio sanitario nazionale".

- A livello Comunale (compiti di gestione amministrativa diretta di minore rilievo politico).

Sul fronte politico l'innovazione sicuramente più saliente riguarda il decentramento dei poteri decisionali dal livello centrale al livello regionale e locale con la creazione delle USL, strutture operative, a cui viene concretamente affidata la gestione dell'assistenza sanitaria. L'USL ha quindi compiti di operare sul territorio in tema di:

- Prevenzione individuale e collettiva delle malattie fisiche e psichiche.
- Educazione sanitaria.
- Assistenza medica generica, specialistica e infermieristica, domiciliare e ambulatoriali.

Ci si accorse presto però, che la struttura della riforma andava in conflitto con il sistema economico a causa degli ingenti costi, divenuti elevati anche a causa della separazione dei poteri tra Stato e Regioni, cioè tra chi garantiva le coperture finanziarie e chi poi effettuava concretamente la spesa.

Così già nel 1982, con la legge 181/1982 venne introdotto Il ticket sanitario, cioè una tassa extra su una prestazione sanitaria fornita dallo Stato, riconoscendo però delle esenzioni per i ticket sulla diagnostica, collegandole sostanzialmente al reddito e al riconoscimento dell'invalidità. La finalità di questa norma fu duplice: la prima fu quella di supportare la spesa pubblica, ma anche a limitare il ricorso a prestazioni sanitarie non necessarie[11].

Una criticità ulteriore della riforma ha riguardato la qualità delle prestazioni sanitarie a seguito dell'incremento della domanda e il successivo malcontento dei cittadini, soprattutto per le difficoltà delle Regioni a far fronte alle richieste della popolazione.

Gli interventi legislativi degli anni successivi, adottati perlopiù all'interno delle leggi di stabilità[12], hanno pertanto badato soprattutto a frenare la crescita della spesa derivante dal naturale aumento della domanda di salute, aumento della domanda per l'invecchiamento della popolazione, aumento dei costi per effetto della disponibilità di nuovi farmaci e nuovi apparecchi di diagnostica, aumento di fenomeni corruttivi, e con misure come la *spending review*[13], redatte per il blocco del *turn over* del personale, riduzione della dotazione di posti letto (Fig. 3), imposizione di ticket di partecipazione alla spesa per visite, esami e analisi, piani di rientro per le Regioni che avevano sforato il finanziamento attribuito. Ciò è avvenuto in modo particolare dal 2008 per effetto dei vincoli di carattere europeo in termini di bilancio (parametri di Maastricht[14] e Fiscal

11 Fonte: Quotidianosanità.it

12 La legge di stabilità compone insieme alla legge di bilancio la manovra triennale di finanza pubblica. Essa racchiude, per il triennio di riferimento, le valutazioni qualitative e quantitative necessarie a realizzare gli obiettivi predisposti. È emanata su proposta del governo ed è pubblicata sulla Gazzetta ufficiale della Repubblica Italiana. Fonte: Art. 11. L. 31 dicembre 2009, n. 196.

13 La *spending review* è la riduzione della spesa pubblica ai sensi di un apposito decreto legge atto a snellire la struttura pubblica mediante iniziative di riduzioni degli organici, risparmio della spesa pubblica, agevolazioni fiscali, revisione della spesa e dei contributi pubblici. In linea teorica, la riduzione della spesa non incide sulla qualità e quantità dei servizi pubblici erogati ai cittadini ma dovrà essere specifica al miglioramento dell'efficienza della pubblica amministrazione. Fonte: Theitalianstimes.it

14 In base ai cosiddetti "parametri di Maastricht" i Paesi che intendono adottare l'Euro come propria divisa, devono offrire delle garanzie su stabilità dei prezzi, situazione delle finanze pubbliche e tassi di interesse a lungo termine. Fonte: Quifinanza

Compact[15]), della crisi finanziaria del 2008 e della pressione che essa ha esercitato sulla finanza pubblica.

Come si rileva dalle Figure 1 e 2 da quell'anno la curva della spesa inverte l'andamento e per il decennio successivo la spesa sanitaria pubblica rappresenta sempre una quota decrescente rispetto al PIL, collocandosi ormai sotto la media dei Paesi EU.

Il recente dibattito sull'utilizzo dei fondi del MES[16] (Meccanismo Europeo di Stabilità) o del Next Generation EU[17], per incrementare il finanziamento della spesa sanitaria per far fronte alla pandemia da Covid 19, parte dalla presa d'atto che si è esagerato nell'ultimo decennio nell' *austerity*[18] in materia sanitaria.

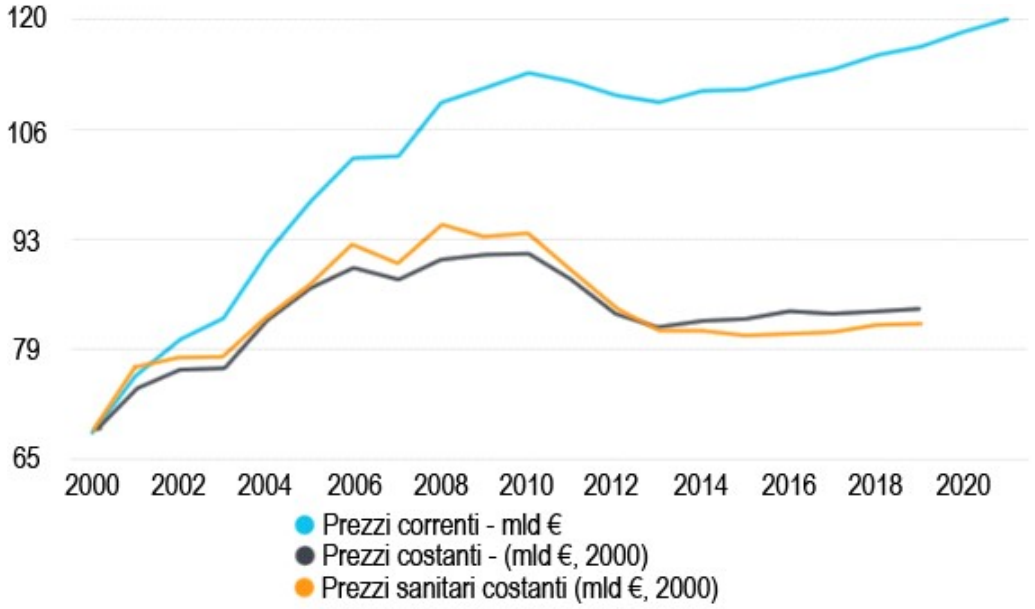


Fig. 1. Spesa sanitaria pubblica.

Fonte: elaborazioni OCPI[19] su dati MEF (2014-16). Elaborazione propria

[15] *Il Fiscal Compact* (o patto di bilancio) è un accordo che interessa tutti i paesi che fanno parte dell'Unione Europea. Prevede delle norme e dei vincoli comuni di natura economica. Queste norme hanno l'obiettivo fondamentale di contenere e mantenere sotto controllo il debito pubblico nazionale di ogni paese. È stato approvato il 2 marzo 2012 ed è entrato in vigore il 1 gennaio 2013. Fonte. Economiafinanzaonline.it

[16] Il meccanismo europeo di stabilità (MES, o fondo Salva-stati) fa parte della strategia dell'UE intesa a garantire la stabilità finanziaria nella zona euro. Fornisce assistenza ai paesi della zona euro che si trovano di fronte o rischiano di dover affrontare difficoltà finanziarie. Fonte: EUR-lex. europa.eu, Greengrid.cloud.eu

[17] Il Recovery Plan (Next Generation EU o PNRR - Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza) , è un fondo monetario approvato nel luglio 2020 dall' Unione europea al fine di appoggiare gli Stati membri colpiti dalla pandemia di COVID-19. Per l'Italia, l'ammontare degli investimenti previsti ammonta a 221 miliardi.

[18] Contenimento dei costi.

[19] Osservatorio conti pubblici italiani.

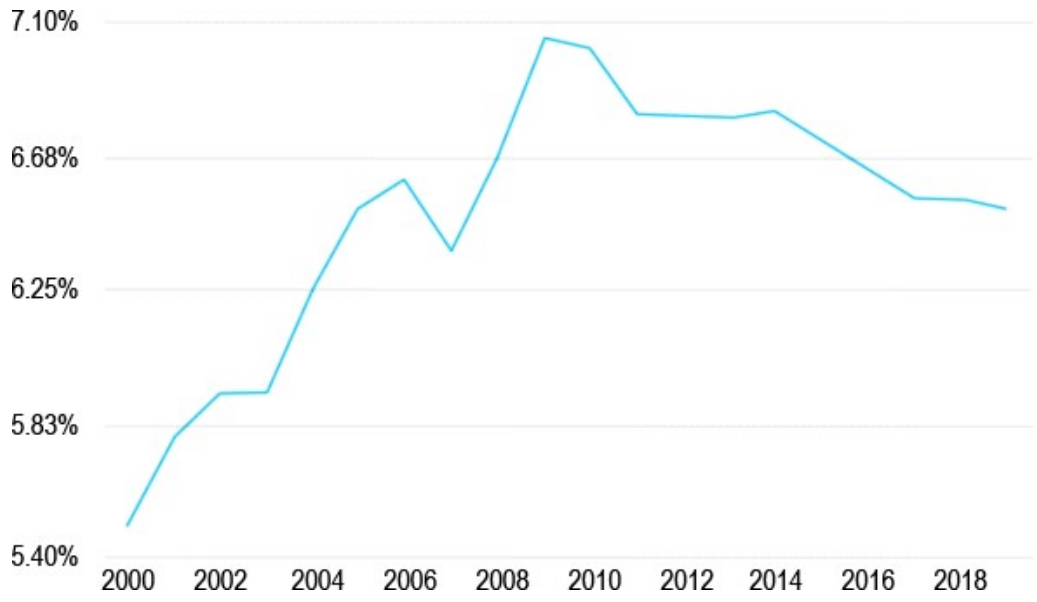


Fig. 2. Spesa sanitaria pubblica in rapporto al PIL.
Fonte: elaborazioni OCPI su dati MEF. Elaborazione propria.

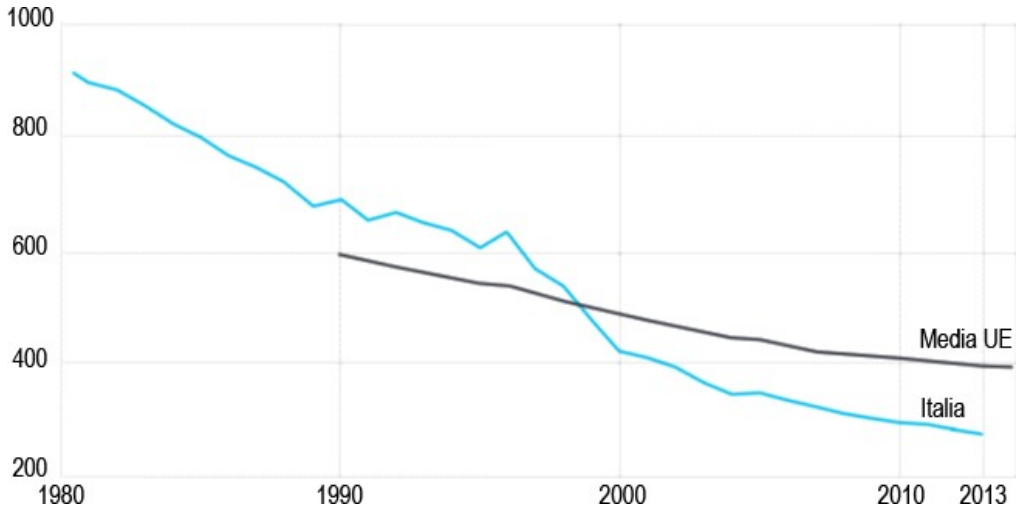


Fig. 3. Posti letto per malati acuti ogni 100.000 abitanti. Tratto da Corriere.it del 30/03/2020.
Elaborazione propria.

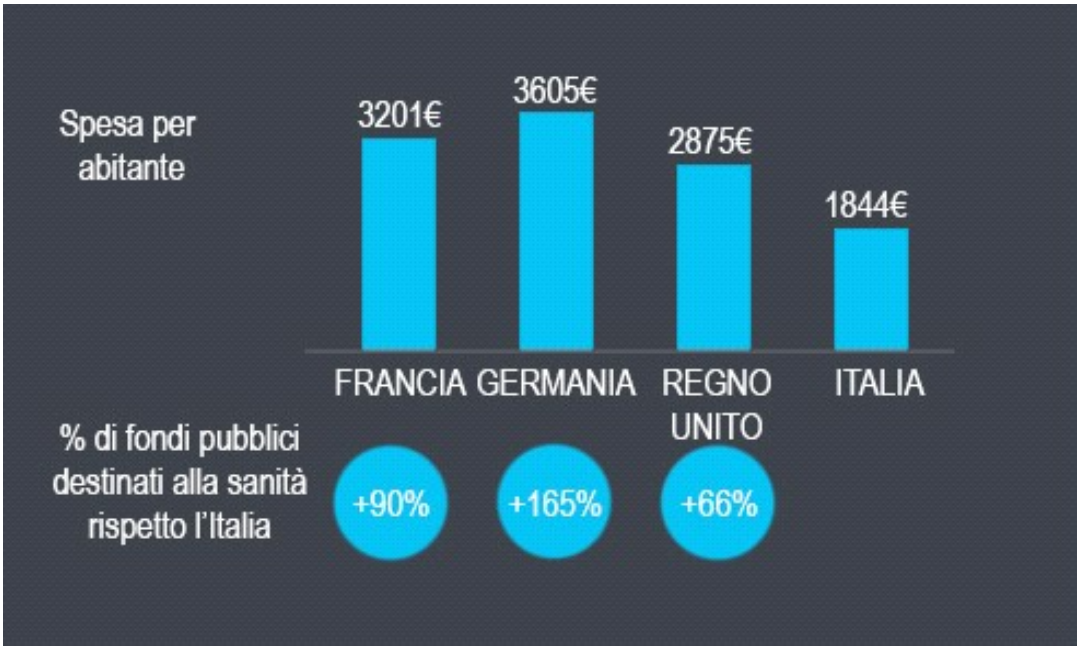


Fig. 4. Spesa sanitaria per abitante tra i principali Stati Europei.

Dati riferiti al 2016. Fonte: ISTAT. Elaborazione propria

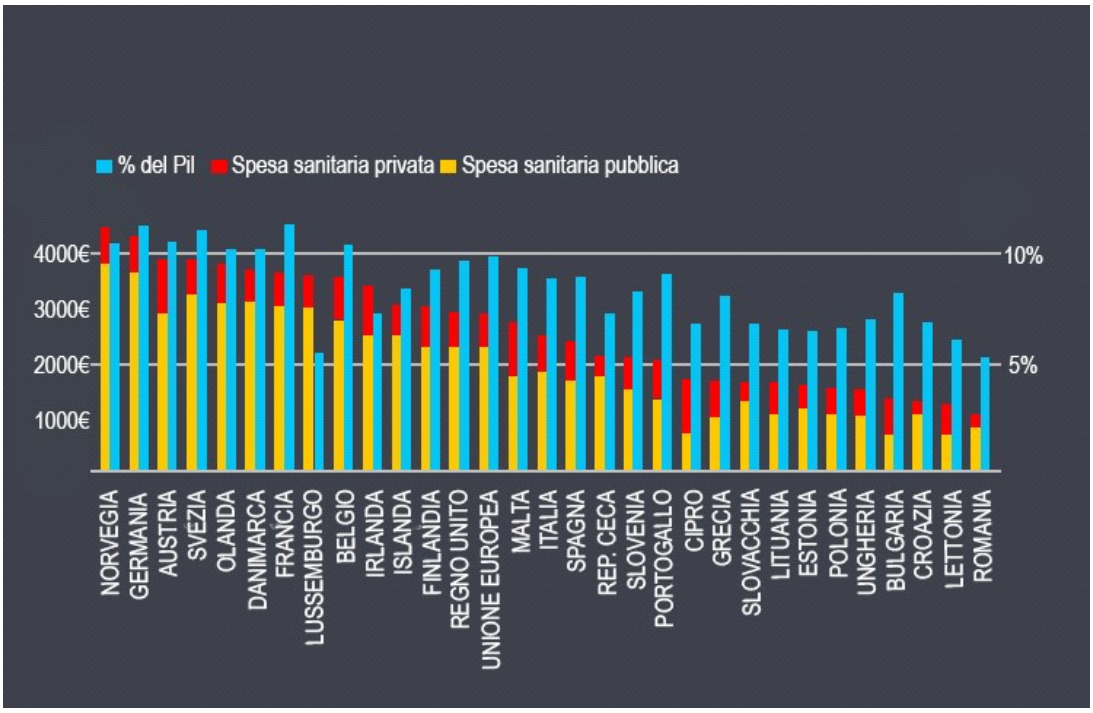


Fig. 5. Spesa destinata alla sanità dei Paesi Europei.

Fonte: Elaborazioni PWC[20] su dati OECD [21] (2019). Elaborazione propria

[20] PricewaterhouseCoopers (pWc) è una multinazionale di imprese, operativo in 158 Paesi, che offre servizi di consulenza economica come direzione strategica, revisione di bilancio e consulenza legale e fiscale. Fonte: pwc.com

[21] Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico.

2.2 LA SITUAZIONE ATTUALE

In base al "Principio di Sussidiarietà"[22], determinato dalla Costituzione, il Servizio Sanitario è articolato secondo diversi livelli di responsabilità e di governo:

1. Livello Centrale o Statale - Attraverso i LEA (Livelli Essenziali di Assistenza) lo Stato ha responsabilità di garantire a tutta la popolazione il diritto alla salute.
2. Livello Regionale - le Regioni hanno il compito e l'onere della realizzazione dei piani del governo e della spesa per il conseguimento degli obiettivi di salute del Paese.

Le Regioni quindi svolgono un ruolo cruciale in quanto hanno competenza nella regolamentazione e organizzazione di servizi e di attività destinate alla tutela della salute e dei criteri di finanziamento delle Aziende sanitarie locali, delle aziende ospedaliere, e gli Istituti di ricerca. Svolgono inoltre la funzione di vigilanza e controllo sulle Aziende ASL e sulle ASO e di valutazione della qualità delle prestazioni.

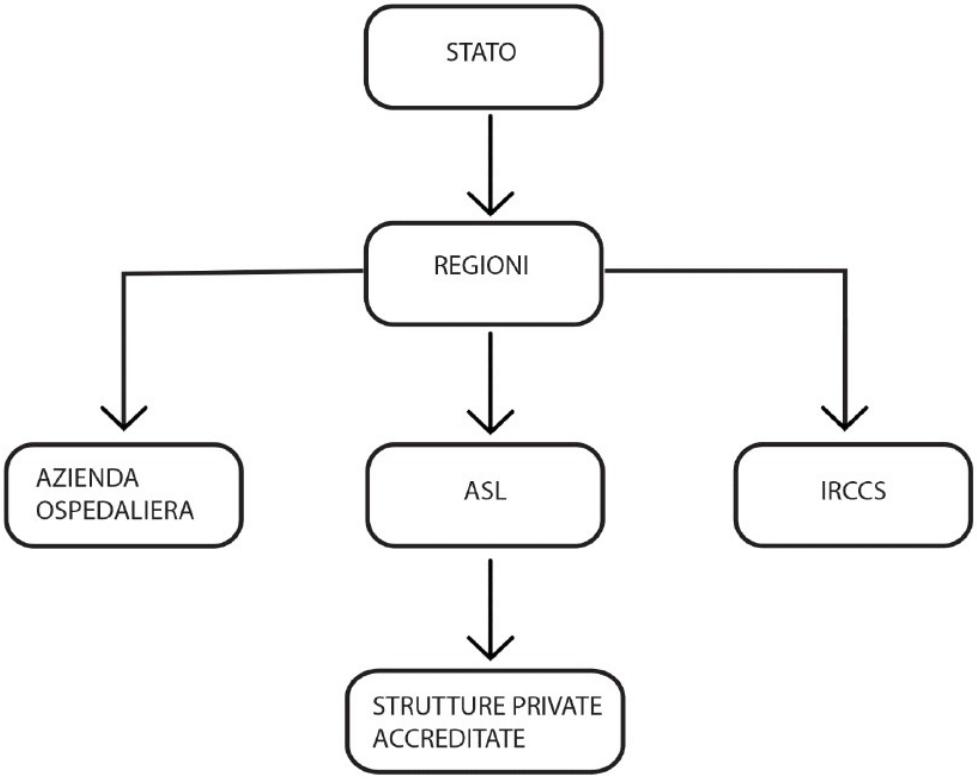


Figura 6. Organizzazione del SSN Italiano

[22] I principio di sussidiarietà attiene ai rapporti tra i diversi livelli territoriali di potere e comporta che, da un lato, lo svolgimento di funzioni pubbliche debba essere svolto al livello più vicino ai cittadini e, dall'altro, che tali funzioni vengano attratte dal livello territorialmente superiore solo laddove questo sia in grado di svolgerle meglio di quello di livello inferiore. Fonte:Treccani

2.2.1 LE AZIENDE SANITARIE OSPEDALIERE (ASO)

Le ASO forniscono attività sanitarie in ambito specialistico di alto livello.

Sono caratterizzate da autonomia dall'ASL sia economica che organizzativa, devono avere nel loro interno almeno tre unità operative di alta specializzazione, oltre a un reparto di emergenza e accettazione; devono possedere un proprio patrimonio immobiliare necessario per lo svolgimento delle attività rivolte alla tutela della salute.

In altre parole, mentre in una ASO l'ospedale coincide con l'azienda stessa, nell' ASL l'ospedale è solo una delle tante strutture presenti sul territorio, di cui si compone l' ASL stessa.

Le ASO sono sostenute economicamente dalla Regione di appartenenza e dal numero di ricoveri effettuati nel corso dell'anno.

Si distinguono in:

- ASO di base, con bacino compreso tra 80.000 e 150.000 abitanti, con pronto soccorso e numero essenziale di specialità
- ASO di primo livello, con bacino di utenza di 150.000-300.000 abitanti, con dipartimenti di emergenza-urgenza e diversi reparti che utilizzano tecnologie avanzate.
- ASO di secondo livello con bacino di 600.000-1.000.000 di abitanti, che oltre ai servizi di primo livello, presentano l'aggiunta di specializzazioni particolari come cardiochirurgia e neurochirurgia.

  Nella provincia di Torino sono presenti tre ASO:

  1. Citta della Salute e della Scienza
  2. Ordine Mauriziano
  3. San Luigi Gonzaga

Una tipologia diversa di ASO sono le aziende ospedaliere universitarie, con funzione sia di assistenza sanitaria che didattica universitaria.

2.2.2. ISTITUTI DI RICOVERO E CURA A CARATTERE SCIENTIFICO (IRCCS)

Sono ospedali caratterizzati da un'attività di ricerca e da una organizzazione altamente specializzata con caratteristiche di eccellenza.

Gli IRCCS ottengono finanziamenti pubblici per la loro attività di ricerca nell'area riconosciuta.

In Italia sono stati riconosciuti come IRCCS, dal Ministero della Sanità, 40 strutture ospedaliere.

Nella Provincia di Torino è presente un IRCCS a Candiolo dove si svolge attività di ricerca e cura in campo oncologico.

Figura 7. IRCCS di Candiolo

2.2.3 LE STRUTTURE PRIVATE ACCREDITATE

Sono strutture sanitarie private che hanno stipulato una convenzione con il SSN per cui erogano prestazioni sanitarie per conto del SSN, facendo pagare al cittadino solo il ticket sanitario.

Per ottenere l'accreditamento devono possedere tutta una serie di requisiti tecnici e organizzativi e inoltrare la richiesta alla giunta regionale corredata da una dichiarazione sostitutiva che attesti tutti i requisiti richiesti dal regolamento (Reg.61/R del 28-12-2010).

Degli esempi pratici sono gli studi odontoiatrici, i poliambulatori, le case di cura private e i laboratori di analisi privati.

2.2.4 LE ASL

Dalla trasformazione delle USL, oltre alle ASO, nascono, nel 1992, anche le ASL.

Ai sensi della legislazione vigente le ASL, enti dotati di personalità giuridica pubblica, di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica, provvedono a garantire i Livelli Essenziali di Assistenza, e organizzano l'assistenza sanitaria nel proprio ambito territoriale e a erogarla attraverso strutture pubbliche o private accreditate.

Ciascuna ASL eroga i propri servizi attraverso una sanità Ospedaliera e una Territoriale.

Per l'assistenza ospedaliera, essa può essere gestita direttamente dai presidi ospedalieri a gestione diretta delle ASL o acquistando prestazioni da altre strutture di erogazione quali le ASO o altre strutture pubbliche o private accreditate.

Per l'assistenza territoriale, la più vicina ai cittadini, esistono una pluralità di strutture e soggetti, quali:

- strutture in cui vengono fornite prestazioni specialistiche come l'attività clinica, di laboratorio e di diagnostica strumentale;
- strutture territoriali come i centri di dialisi ad assistenza limitata, gli stabilimenti idrotermali, i centri di salute mentale, i consultori materno infantili e i centri distrettuali;
- strutture semiresidenziali come i centri diurni psichiatrici e geriatrici;
- strutture residenziali quali le Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) e le case protette;
- i Medici di Medicina Generale (MMG) e i Pediatri di Libera Scelta (PLS), in quanto convenzionati con il SSN, rivestono un ruolo di governo e indirizzo della domanda e di erogazione della medicina di base.

L'ASL assolve ai compiti del Servizio Sanitario Nazionale e agli altri compiti previsti dalla legge in un determinato ambito territoriale.

Ciascuna ASL fa capo a un direttore generale, che dopo la L.182/2012, è nominato dalle Regioni che attinge dall'elenco regionale degli idonei. Ogni

direttore generale stipula un contratto con l'amministrazione regionale, nel quale si impegna a raggiungere gli obiettivi conferiti. Lo stesso direttore generale nomina il direttore sanitario (un medico incaricato di sovrintendere ai servizi sanitari e igienico/sanitari) e il direttore amministrativo (un esperto in materie amministrative, giuridiche od economiche) che sovraintende ai servizi di supporto alle attività sanitarie). Queste figure, assieme ai direttori di dipartimento e ai direttori di distretto, costituiranno il Collegio di Direzione, organo dell'ASL.

Ciascuna ASL è normalmente suddivisa in distretti, che provvedono a fornire l'assistenza territoriale alla popolazione di uno o più Comuni a seconda dell'estensione territoriale ricoperta dal distretto, a cui fa capo un direttore (direttore di distretto).

Per quello che riguarda invece le entrate delle ASL, ciascuna ASL si finanzia attraverso le entrate proprie derivanti da ticket sanitari e attività intramoenia, le imposte regionali come IRAP e IRPEF e in ultimo il bilancio dello Stato che garantisce le coperture delle spese non garantite dalle altre forme di finanziamento.

I Comuni, attraverso i loro sindaci (o delegati) entrano a far parte della conferenza dei sindaci, organo istituzionale che rappresenta gli enti locali e che ha la funzione di controllare e indirizzare l'attività socio-sanitaria nei propri territori.

2.2.4.1 ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA DELLE ASL IN PIEMONTE

Nella Regione Piemonte ciascuna ASL risulta così organizzata:

1. Presidi ospedalieri
2. Presidi territoriali
3. Dipartimenti
4. Strutture od unità operative semplici e complesse

L'organizzazione di una ASL è definita con un atto aziendale di diritto privato, di cui all'art. 3, comma 1 bis del D.lgs. 299/99, adottato nel rispetto dei princìpi e criteri previsti da disposizioni regionali.

1. I presidi ospedalieri, di numero variabile per ciascuna ASL, sono strutture multidisciplinari dove vengono erogate prestazioni specialistiche in regime di emergenza/urgenza o effettuati percorsi diagnostico-terapeutici di patologie in fase acuta che non possono essere trattate nelle strutture territoriali o a domicilio.

   Nei presidi ospedalieri è presente il Nucleo ospedaliero di continuità delle cure (NOCC) che insieme al Nucleo distrettuale di continuità delle cure (NDCC), presente sul territorio, garantisce che la presa in carico del paziente passi dalla struttura ospedaliera al territorio senza soluzione di continuità.

2. I servizi territoriali vengono garantiti all'interno dei distretti, i quali sono forme organizzative deputate alla governance della salute sul territorio.

Nello specifico le attività del distretto comprendono:

- I percorsi amministrativi che permettono l'accesso al SSN;

- l'assistenza sanitaria di base affidata ai Medici di Medicina Generale (MMG) e ai Pediatri di Libera Scelta;

- le attività consultoriali per la tutela della salute della donna e di quella infantile;

- i percorsi specialistici ambulatoriali;

- l'assistenza sanitaria ai soggetti fragili (anziani, portatori di handicap);

- l'integrazione con i servizi socio-assistenziali di riferimento;

Nel distretto, inoltre, è previsto che si possano sperimentare nuovi modelli di assistenza primaria rappresentati negli ultimi anni da strutture polifunzionali che hanno la finalità di offrire ai cittadini servizi socio-sanitari integrati, come le Case della Salute.

In questo lavoro di tesi non tratterò i temi dei dipartimenti e delle unità operative semplici e complesse perché argomenti complessi e lontani dall'obiettivo che si vuole raggiungere con questa attività.

2.3 TUTELA DELLA SALUTE DEGLI ANZIANI: LE STRUTTURE RESIDENZIALI

Come strutture territoriali, nate per fornire assistenza alla fascia di popolazione più avanti con l'età, esistono le strutture residenziali, presenti in modo capillare sul territorio.

Per maggiore chiarezza, è necessario fare un distinguo tra Casa di riposo, RSA e Case di Cura.

LA CASA DI RIPOSO

La casa di riposo è una struttura residenziale non a valenza sanitaria che accoglie anziani autosufficienti o parzialmente autosufficienti che vogliono evitare la solitudine e decidono di condividere le loro giornate con altre persone in ambiente protetto. Non essendo un luogo di cura, il personale medico non è presente tutti i giorni ma solo al bisogno, mentre è garantita l'assistenza infermieristica per la somministrazione di farmaci. L'aspetto positivo di queste strutture è la possibilità che viene data all'ospite di partecipare ad attività ricreative e socializzanti, garantendo al contempo la supervisione e l'assistenza da parte di personale specializzato nelle comuni attività della giornata (pasti, igiene).

Gli Ospiti della Casa di Riposo possono alloggiare in camere doppie o singole, fornite di servizi indipendenti ma avere sempre a propria disposizione le aree comuni. Alcune realtà più avanzate vedono la progettazione all'interno della struttura di mini-appartamenti in cui alloggiare 1 o più anziani in grado di mantenere la propria autonomia ma che possono avvalersi di spazi ed attività comuni.

La gestione delle Case di Riposo può essere privata (con remunerazione a carico totale o parziale dell'ospite o della famiglia) oppure pubblica, accedendo tramite richiesta presso l'Ufficio dei Servizi Sociali del Comune.

RSA

Le Residenze Sanitarie Assistenziali (Rsa) sono strutture socio-sanitarie che ospitano anziani non autosufficienti affetti da patologie croniche che necessitano di assistenza medica, ed infermieristica. È prevista pertanto la presenza di un medico tutti i giorni, per qualche ora al giorno, un terapista ogni 40 Ospiti per un'attività di riabilitazione generica, e un infermiere ogni 5. Proprio perché gli Ospiti della RSA non sono autosufficienti, è necessario un aiuto continuativo da parte di personale dedicato (Operatori Socio Sanitari) per garantire lo svolgimento delle attività quotidiane e per l'igiene personale. Solitamente l'anziano viene accolto in queste strutture per lunghi periodi o in modo permanente.

Anche le RSA possono essere private, con retta a totale carico dell'utente, o pubbliche con compartecipazione dell'ASL alla spesa sostenuta

CASA DI CURA

Sono strutture che accolgono anziani parzialmente autosufficienti affetti da eventi patologici acuti. Necessitano pertanto di assistenza medica ed infermieristica continua e laddove è previsto, di

spazi e personale specializzato nell'attività riabilitativa (istituti di riabilitazione)
Se non convenzionate con il SSN la retta della casa di cura è a totale carico del paziente.

L'assistenza in queste struttura è prevista per un periodo di 30 giorni prorogabile a 60 in casi particolari.

3. ASL TO 3

L'ASL TO3 è una delle 12 ASL in cui è diviso il territorio piemontese.

Gli abitanti del territorio dell'ASL TO 3 sono 581.687 unità (aggiornamento al 31.12.2018), pari a circa il 13% della popolazione piemontese. Dopo l'ASL Città di Torino, l'ASL TO3 è quella più popolata di tutto il Piemonte.

L'età media della popolazione dell'ASL si attesta a 46,6 anni, in linea con quella regionale (46,8) ma in aumento rispetto al 2008 (44,2). Circa un quarto dei residenti dell'ASL ha più di 64 anni, mentre il 7% supera gli 80 anni ma entrambi gli indicatori sono in crescita rispetto ai 10 anni precedenti.

L'età avanzata della popolazione viene avvalorata dall'indice di vecchiaia, che conta in media 193,6 anziani sopra i 64 anni ogni 100 giovani sotto i 15. Il Distretto dell'area metropolitana centro e quello del pinerolese registrano i valori più alti (rispettivamente pari a 21% e 27%) e in netta crescita.

Rispetto alla dinamica della popolazione, si osservano saldi negativi: 2.909 unità in meno tra il 2015 e il 2018. La ragione è un maggior numero di morti rispetto a quello dei nati. Il tasso di natalità medio nell'ASL è pari al 6,7‰, mentre quello di mortalità è dell'11‰ (in riduzione il primo e in aumento il secondo rispetto a 10 anni precedenti[23]).

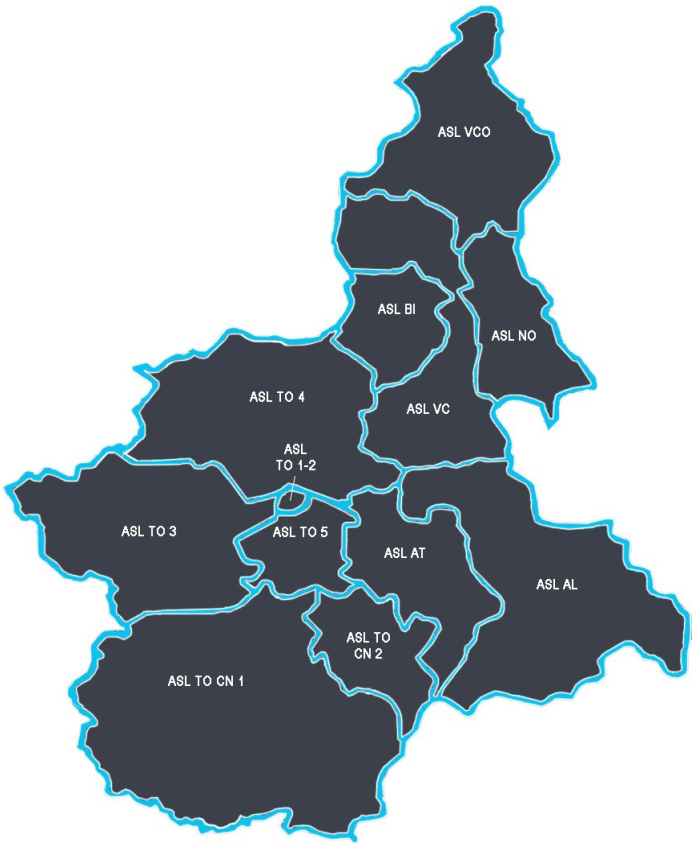


Figura 8. Suddivisione del territorio piemontese in ASL

[23] Fonte – Vademecum la Carta dei Servizi ASL TO3 2020/2021, p.10.

3.1 ORGANIZZAZIONE E FUNZIONI

Come detto prima, ciascuna ASL è normalmente suddivisa in distretti, che provvedono a fornire l'assistenza territoriale alla popolazione di uno o più Comuni a seconda dell'estensione territoriale ricoperta dal distretto, a cui fa capo un direttore (direttore di distretto). Così funziona anche l'ASL TO3, che viene suddivisa in cinque distretti: il distretto Val di Susa – Val Sangone, di cui ci occuperemo più avanti, il distretto Area Metropolitana Nord, Distretto Area Metropolitana centro, Distretto Area metropolitana Sud e Distretto Pinerolese.

Le competenze e le funzioni riguardano diverse aree di interesse, che comprendono anagrafe degli assistiti, accesso ai servizi sanitari, assistenza agli anziani, ai disabili e assistenza materno - infantile, assistenza specialistica ambulatoriale e ospedaliera, cure domiciliari e trattamento delle dipendenze.

Il distretto ospita i presidi ospedalieri di Pinerolo, Rivoli, Susa e i presidi sanitari territoriali di Pomaretto, Torre Pellice, Avigliana, Giaveno, Venaria.

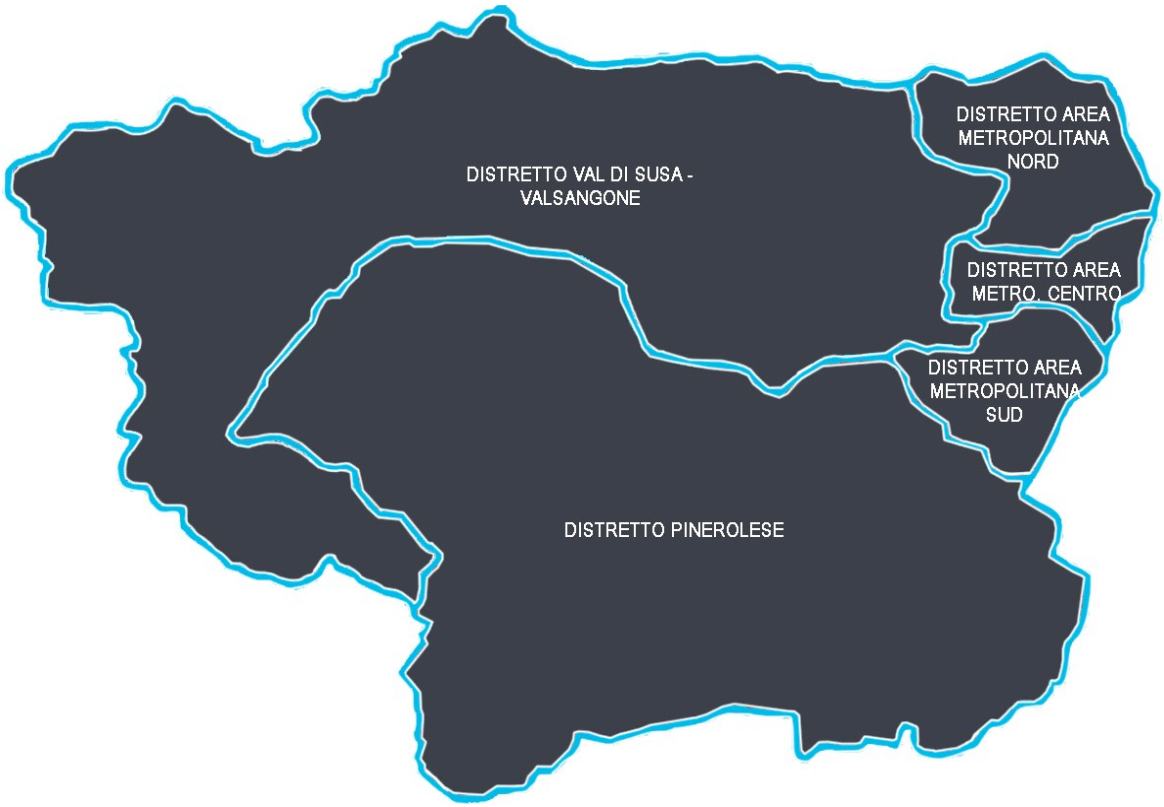


Figura 9. Suddivisione in Distretti dell'ASL TO3. Fonte: ASL To3

DISTRETTO	N°COMUNI	POPOLAZIONE
Area Metropolitana Nord	8	87.0770
Area Metropolitana Centro	5	145.105
Area Metropolitana Sud	6	97.295
Pinerolese	47	135.267
Val di Susa – Val Sangone	43	119.930
TOTALE	109	585.367

Figura 10. Numero comuni e popolazione dei vari distretti. Fonte: ASL To3

3.2 DISTRETTO VALSUSA-VALSANGONE

È costituito da 43 Comuni che ricevono assistenza sanitaria da un polo Ospedaliero di riferimento, collocato nell'alta Val di Susa, nella città di Susa. Sono presenti due poli sanitari, ad Avigliana e Giaveno, e due poliambulatori, collocati a Condove e Oulx. In ultimo sono presenti 19 RSA.

3.2.1 ORGANIZZAZIONE E FUNZIONI

Il distretto è formato da 43 Comuni, contraddistinti da una forte dispersione territoriale, in particolare nelle zone montane, caratterizzati da una bassa densità di popolazione e un'alta età media.

I Comuni che fanno parte del distretto sono: Almese, Avigliana, Bardonecchia, Borgone di Susa, Bruzolo, Bussoleno, Buttigliera Alta, Caprie, Caselette, Cesana Torinese, Chianocco, Chiomonte, Chiusa San Michele, Claviere, Coazze, Condove, Exilles, Giaglione, Giaveno, Gravere, Mattie, Meana di Susa, Mompantero, Moncenisio, Novalesa, Oulx, Reano, Rubiana, Salbertrand, San Didero, San Giorio, Sangano, Sant'Ambrogio, Sant'Antonino, Sauze di Cesana, Sauze d'Oulx, Susa, Trana, Vaie, Valgioie, Venaus, Villar Dora, Villar Focchiardo.

La Popolazione del distretto, al 2018 è di 118.866 abitanti ma, così come la popolazione dell' ASL, è in diminuzione costante da diversi anni. Infatti, nel 2017 la popolazione era di 119.053, nel 2016 119.903 e nel 2015 era di 119.930 [24].

Come già accennato, la caratteristica che subito si nota, è la bassa densità abitativa del territorio, che in relazione alla vastità della zona, può compromettere l'accesso alle cure, soprattutto da parte della popolazione più anziana che vive in paesi montani. È per questo, che nasce l'esigenza di prefigurare per il futuro un servizio di Bus che permetterà una migliore coesione del territorio.

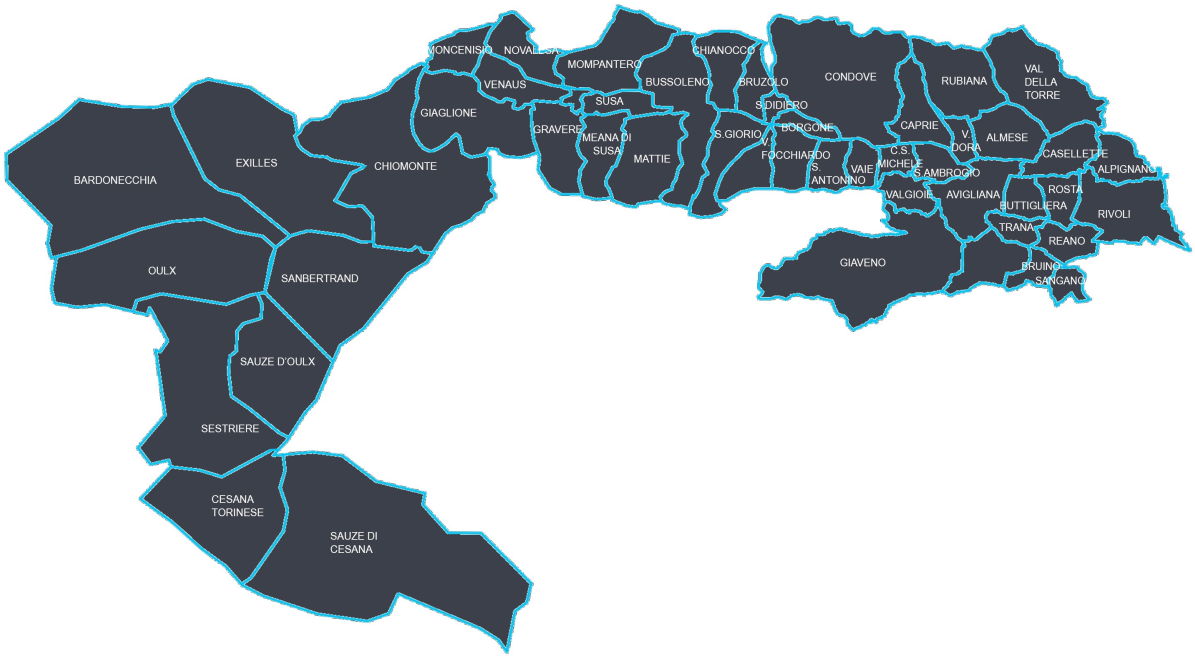


Figura 11. Distretto Val di Susa - Val Sangone. Fonte: Elaborazione propria

[24] Fonte: ASL TO 3

3.2.2 ACCESSIBILITÀ'

Negli ultimi anni il territorio della Val di Susa e Val Sangone è stata al centro delle cronache per la realizzazione della linea ferroviaria Torino- Lione, con la volontà politica nazionale e regionale a favore della realizzazione dell'opera, ma con la contrarietà della popolazione e degli amministratori locali. In ogni caso ad oggi, gli *asset* principali che attraversano il territorio sono sostanzialmente due: la prima è la linea ferroviaria del Frejus, istituita nel 1854 e che percorre la tratta che va da Torino Porta Nuova a Modane, mentre la seconda è la tangenziale A32, oppure autostrada del Frejus, lunga 72,4 km e che si sviluppa da Rivoli fino al traforo del Frejus. Queste due importanti infrastrutture permettono il collegamento della Val di Susa con il resto del Piemonte e con la Francia.

Invece per quello che riguarda le principali strade statali e strade provinciali, il territorio è collegato a livello extraurbano dalla Strada statale 25 del Moncenisio[25] (SS25), dalla strada statale 24 (SS24) del Monginevro e infine dalla strada provinciale 24 del Monginevro (SP24)[26] che vengono utilizzate dalla popolazione per lo spostamento da o verso cittadine limitrofe. Può succedere però che questi collegamenti siano soggetti a traffico intenso, specie negli orari di punta, come gli orari di inizio e fine lavoro, e in particolare in corrispondenza degli ingressi e uscite degli sbocchi autostradali.

Le strade di importanza minore solcano i centri abitati delle città e sono per lo più costituite da uno o due corsie che però raramente tendono essere soggette a traffico elevato creando ingorghi e code, tranne che per casi particolari come l'entrata o l'uscita di studenti dalle scuole.

[25] La SS25 percorre la Val di Susa e ha inizio a Torino e tocca tutte le principali cittadine del distretto, fino ad arrivare al valico internazionale con la Francia del Colle del Moncenisio. Fu una delle prime strade carrozzabili a attraversare le Alpi, fu richiesta da Napoleone Bonaparte.
Fonte P. Corino, L. Dezzani, *Una strada per il Moncenisio*, Melli Editore, Borgone Susa.

[26] La SP24 è la strada provinciale che percorre la Val di Susa da Torino a Susa, mentre da Susa al confine di stato con la Francia la strada cambia di denominazione per diventare SS24. Dalla popolazione locale è anche chiamata "la militare" in quanto era la via preferita dai militari per attraversare il confine. Fonte: P. Corino, L. Dezzani, *Una strada per il Moncenisio*, Melli Editore, Borgone Susa.

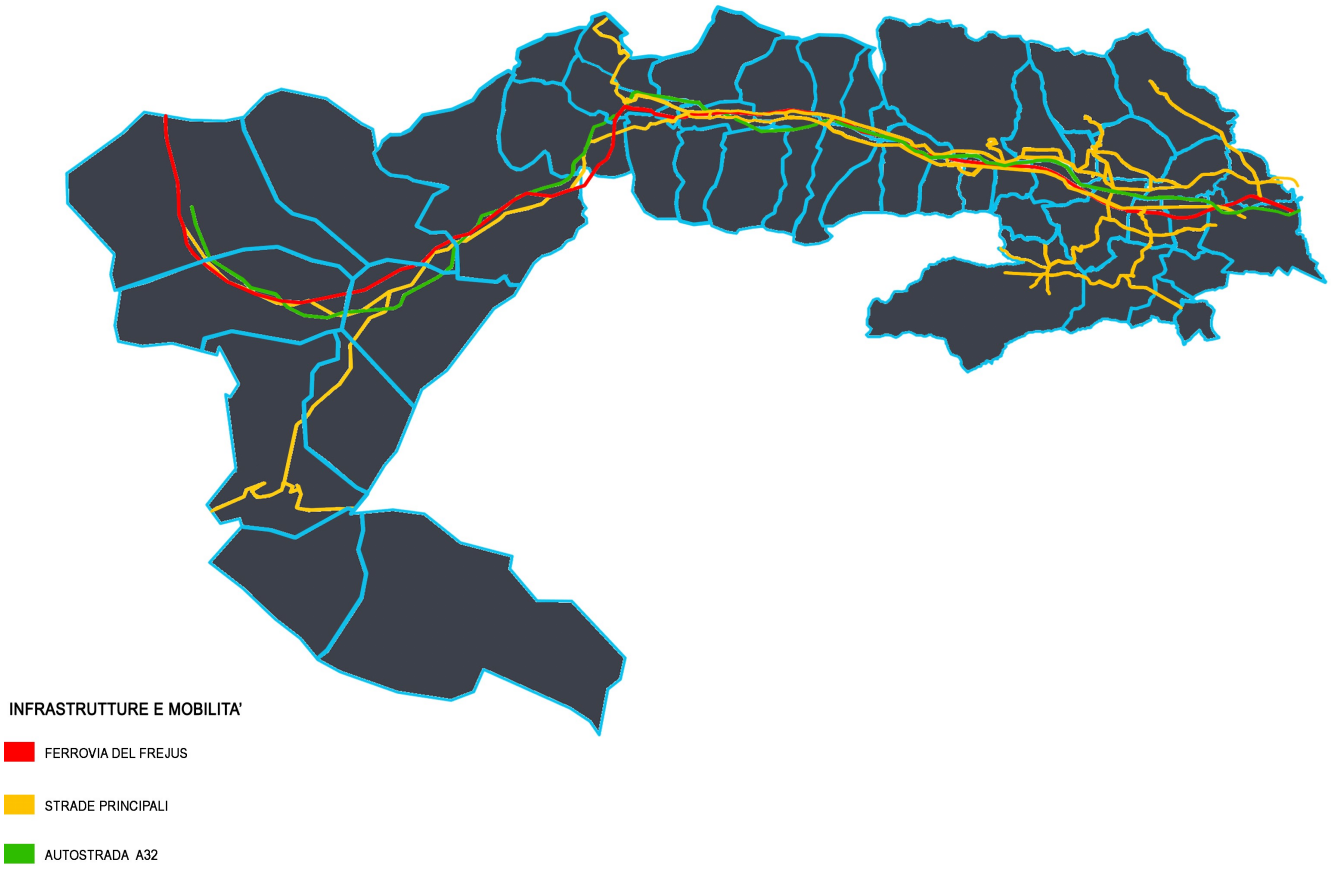


Figura 12. Principali vie di comunicazione del Distretto. Fonte: Elaborazione propria

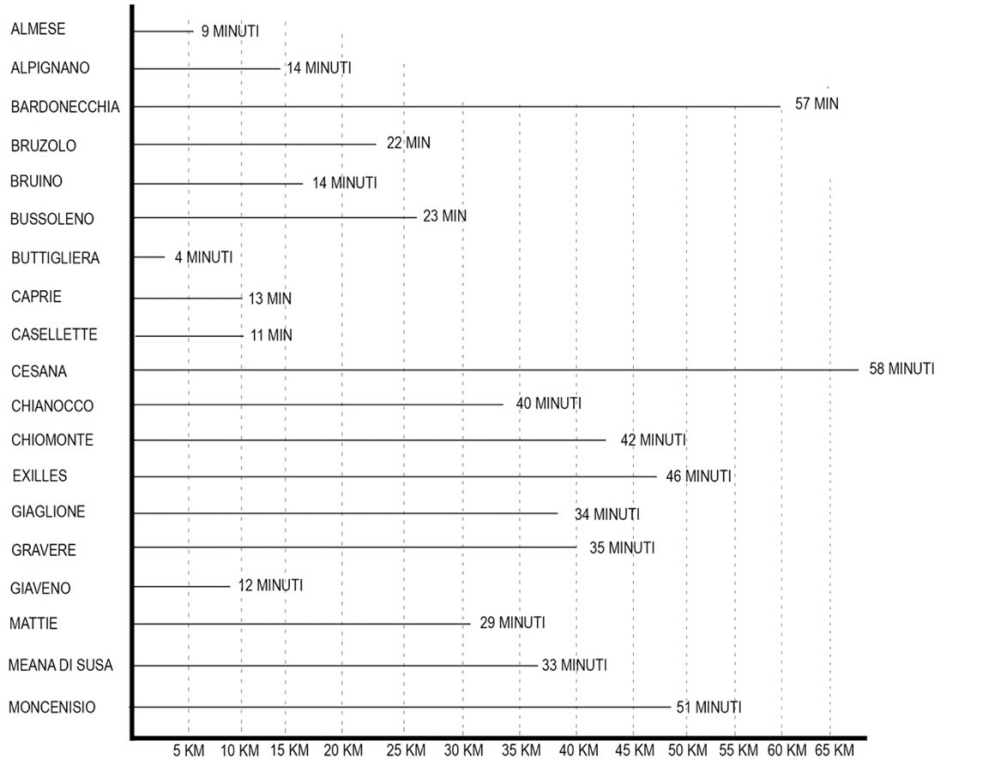
3.2.3 MOBILITÀ PRIVATA

Figura 13. Mappa del distretto. Fonte: Elaborazione propria

Presi in considerazione tutti i Comuni del distretto e sono stati calcolati[27] i tempi di percorrenza tramite le principali vie di comunicazione da/per Avigliana a/per i Comuni del Distretto, come riportato in figure 13 e 14.

Da questa analisi il territorio non appare carente dal punto di vista delle comunicazioni, soprattutto considerando che, specie per l'alta Val di Susa, i collegamenti urbani sono necessariamente a bassa velocità di percorrenza in quanto spesso montani e quindi curvilinei. Inoltre bisogna considerare la vastità della regione presa in esame, che copre una distanza di oltre 70 km. Notiamo infatti, che per i Comuni limitrofi, i tempi di percorrenza non superano i 15 minuti in auto da/a Avigliana.

[27] Fonte Google Maps



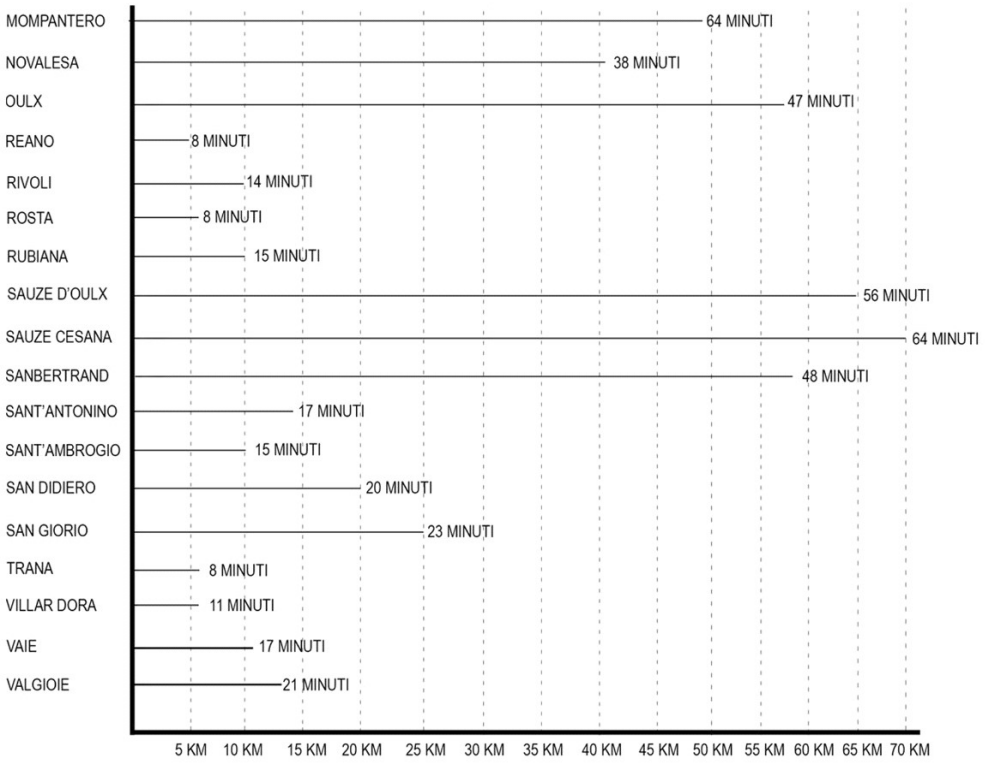


Figura 14. Tempo di percorrenza in auto da/a Avigliana. Fonte: Elaborazione propria

3.2.4 MOBILITÀ PUBBLICA

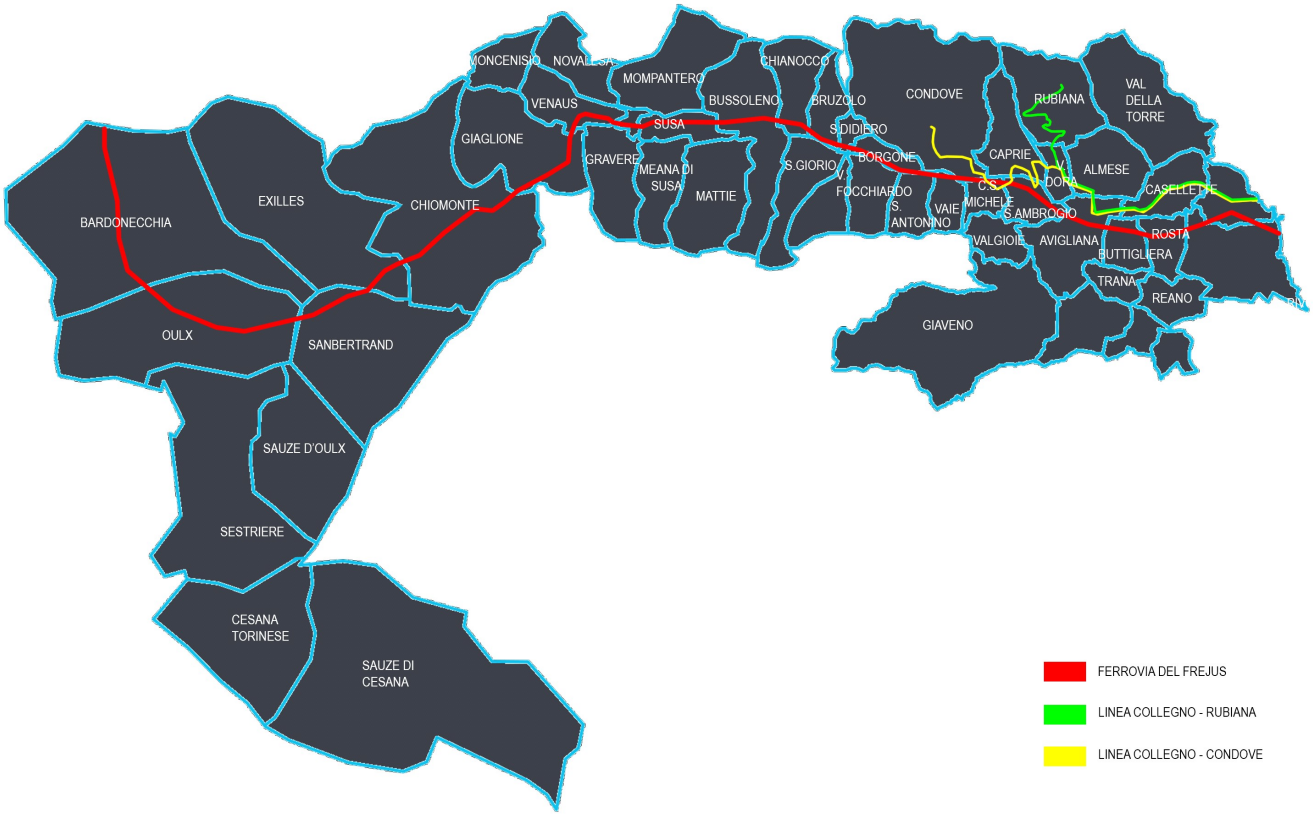


Figura 15. Mappa del distretto. Fonte: Elaborazione propria

La mobilità pubblica (Figure 15 e 16) presenta diverse criticità all'interno del territorio. Come abbiamo visto precedentemente, la ferrovia del Frejus consente di collegare la maggior parte delle città prese in esame, tralasciando però alcuni zone soprattutto nell'alta valle. Notiamo infatti, che nelle città che sono servite dalla ferrovia, il tempo di percorrenza giustifica la scelta del trasporto pubblico.

In altri Comuni invece, questa volta vicino ad Avigliana, il tempo impiegato per colmare la distanza tramite mezzi pubblici è molto maggiore rispetto a quello impiegato con la mobilità privata. Questo problema non è di facile soluzione, perché l'idea di potenziare la rete pubblica può portare a grossi sprechi e corse vuote in quanto il territorio, come già detto, presenta una bassa densità abitativa e a volte grandi distanze tra le varie cittadine. Ad integrazione di quanto già esistente potrebbe essere utile l'attivazione di un servizio Bus aggiuntivo, già in diverse città d'Italia, che permette di istituire delle tratte nelle quali le corse avverranno solamente tramite chiamata e prenotazione di un numero minimo di passeggeri.

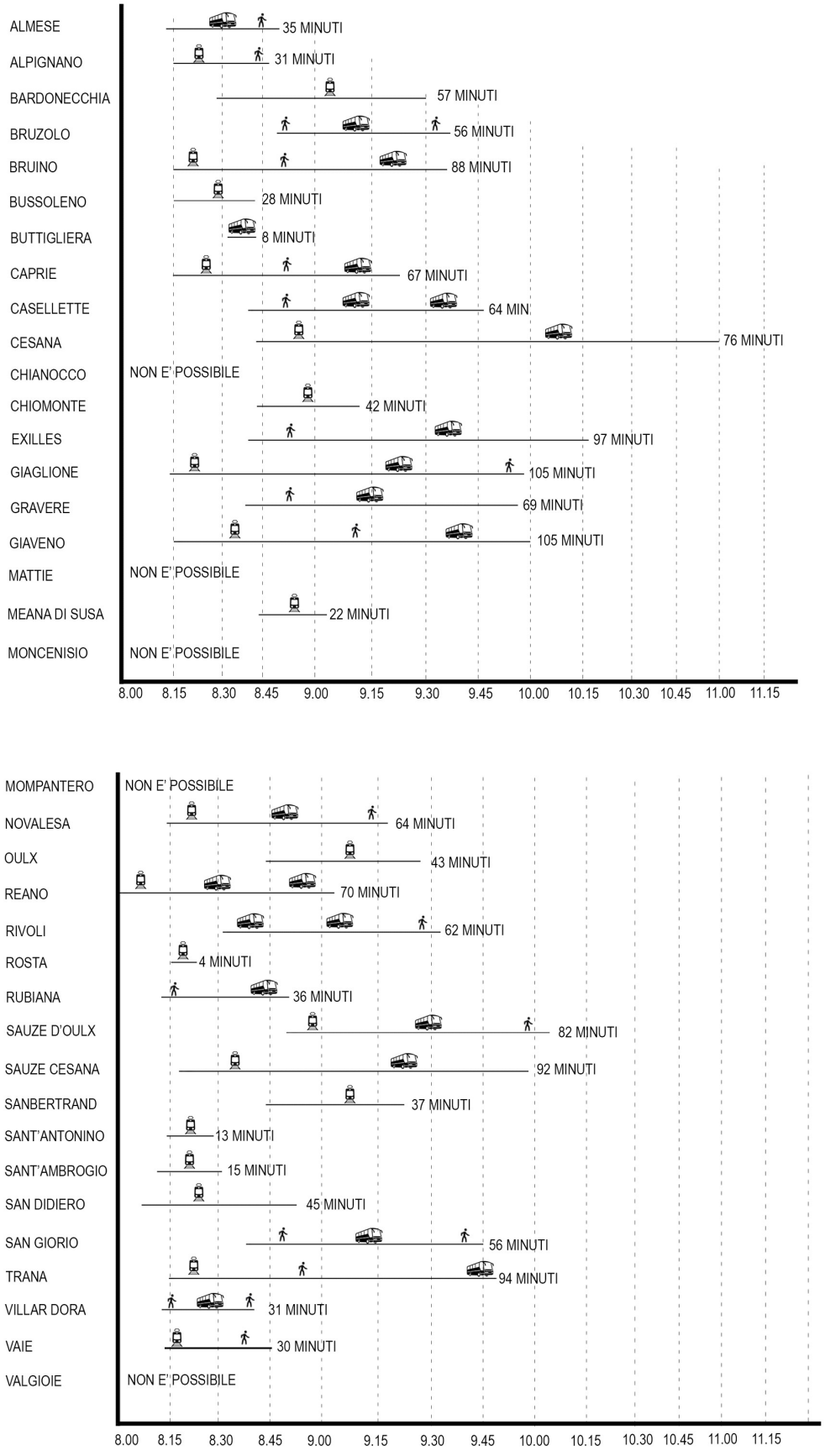


Figura 16. Tempo di percorrenza da/ a Avigliana tramite mezzi pubblici

3.3 ATTIVITÀ TERRITORIALI

L'intera attività territoriale è invece gestita dal distretto che ha al suo vertice il Direttore di Distretto.

L'attività del distretto Val di Susa-Val Sangone comprende:

- La Medicina di base attraverso i 79 MMG e i 20 PLS.
- I poli sanitari di Avigliana e Giaveno in cui sono presenti servizi amministrativi, ambulatoriali, di diagnostica e residenziali.
- I poliambulatori di Oulx e Condove al cui interno troviamo servizi ambulatoriali ed amministrativi.
- Il polo di Sant'Antonino dove ha sede l'ambulatorio dei disturbi dell'età evolutiva, servizio di riferimento per l'intero distretto.

All'interno del distretto sono presenti inoltre 18 Residenze Sanitarie Assistenziali per anziani per un totale di posti letto autorizzati dell'ASL di 975 e un numero di posti occupati pari a 815.

Di seguito il nome e la loro ubicazione e il tasso di occupazione (figure 17 e 18).

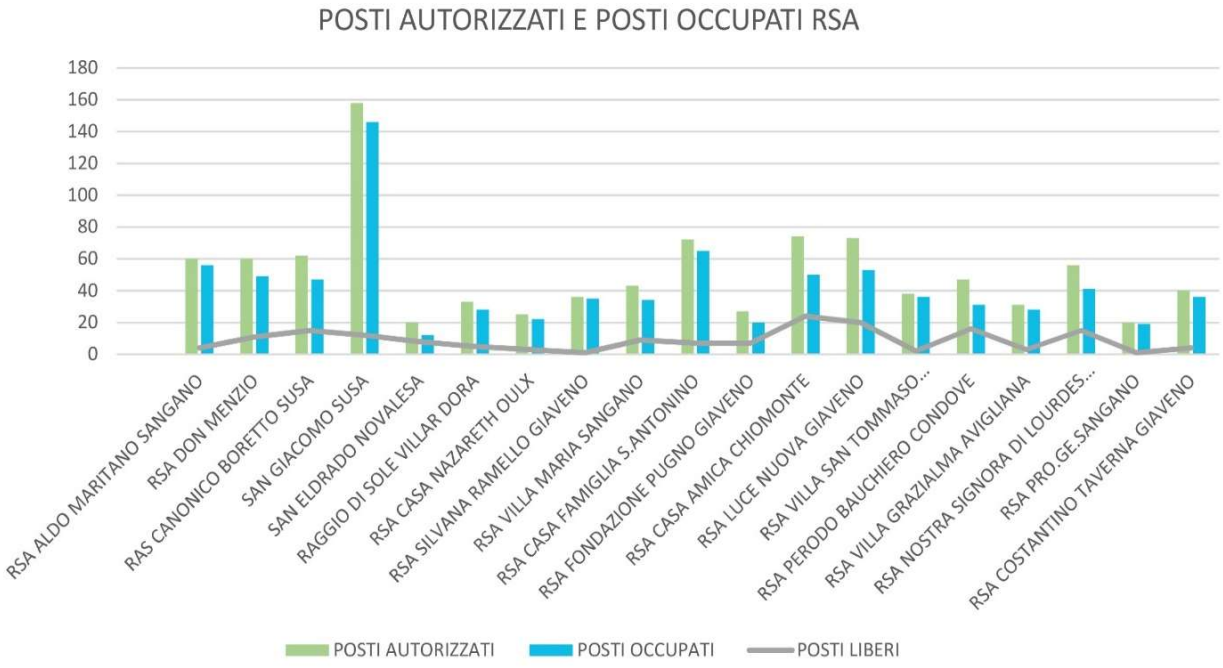


Figura 17. Grafico occupazione RSA. Fonte: Elaborazione propria

NOME	POSTI AUTORIZZATI	POSTO OCCUPATI	POSTI LIBERI
RSA Aldo Maritano - Sangano	60	56	4
RSA Don Menzio - Avigliana	60	49	11
RSA Canonico Boretto - Susa	62	47	15
RSA San Giacomo - Susa	158	146	12
RSA San Eldrado - Novalesa	20	12	8
RSA Raggio di Sole – Villar dora	33	28	5
RSA Casa Nazareth - Oulx	25	22	3
RSA Silvana Ramello - Giaveno	36	35	1
RSA Villa Maria - Sangano	43	34	9
RSA Casa famiglia – S.Antonino	72	65	7
RSA Fondazione Pugno - Giaveno	27	20	7
RSA Casa amica - Chiomonte	74	50	24
RSA Luce nuova- Giaveno	73	53	20
RSA Villa San Tommaso - Buttigliera	38	36	2
RSA Perodo Bauchiero - Condove	47	31	16
RSA Villa Grazialma - Avigliana	31	28	3
RSA Nostra signora di Lourdeas – Rubiana	56	41	15
RSA Pro.Ge - Sangano	20	19	1
RSA Costantino Taverna - Giaveno	40	36	4

POSTI TOTALI	975	815	160
POSTI TOTALI AVIGLIANA	91	77	14

Figura 18. RSA all'interno del distretto e la loro occupazione. Dati aggiornati al 5/03/2021

3.4 CASO STUDIO E PROPOSTA DI MIGLIORAMENTO DEI SERVIZI PUBBLICI

All'interno delle analisi sulla mobilità pubblica, il territorio della Val di Susa non è sempre ben fornito sotto questo punto di vista. Infatti, all' interno dei paesi tangenti alla ferrovia si ha facilità a raggiungere la destinazione in tempi brevi. Ma non è così invece per i paesi che non sono serviti dalla ferrovia o che magari sono lontani dalle principali cittadine della Val di Susa.

In questa sezione verrà quindi esposto uno studio su un apparato di trasporti pubblici chiamato "PERSONALBUS[28]", cioè un sistema a chiamata già adottata con successo nel Comune di Campi Bisenzio (FI), realizzato da ATAF S.p.A (Azienda di Trasporto pubblico dell'Area Fiorentina) per la gestione della mobilità pubblica sia su aree rurali (quindi caratterizzate da domanda scarsa, bassa densità abitativa, grande varietà di itinerari) sia per caratteristici gruppi di utenza (anziani, malati, disabili).

Questo sistema permette quindi di offrire alla popolazione delle tratte nelle quali le corse avverranno solamente tramite chiamata e prenotazione di un numero minimo di passeggeri.

PERSONALBUS™ è un modo del tutto nuovo di intendere il trasporto pubblico, diverso rispetto al tradizionale: non è necessario recarsi alla fermata e aspettare la vettura, ma è necessario prenotare la corsa per poterne usufruire. Il vantaggio principale del servizio è l'ottimizzazione e la flessibilità delle corse, quindi permette un minor transito delle vetture ma senza creare un danno alla popolazione, che, anzi, può colmare distanze che altrimenti difficilmente avrebbe potuto colmare con la classica mobilità pubblica. Si avranno dei vantaggi anche per l'azienda, sia dal punto di vista organizzativo che dal punto di vista contabile. Si adotteranno infatti sia un minor numero di mezzi di trasporto che di personale, con conseguente guadagno sia in termini economici sia in termini ambientali.

Il servizio è dotato di una centrale operativa, alla quale bisogna rivolgersi per godere dei servizi flessibili. Chi ne ha necessità, contatta la centrale mediante numero verde specificando la sua richiesta di viaggio con orari e punti di partenza e destinazione. La centrale operativa, in risposta, formula corse che soddisfano la richiesta ricevuta, secondo la possibilità di impiego dei mezzi.

Ma, detti i potenziali punti di forza, il sistema presenta anche dei punti deboli. Dato che è un servizio a chiamata, l'utenza deve avvertire con un minimo di anticipo la corsa, perché l'azienda che gestisce i mezzi deve potersi organizzare per garantire la riuscita del servizio. Questo problema però non si pone nel momento in cui l'utente prenota una corsa per tempo per una visita medica, dato l'ampio preavviso. Il secondo limite è da attribuire al sistema di gestione delle prenotazioni. Il servizio si può prenotare attraverso chiamata telefonica oppure attraverso smartphone, e questo presuppone una conoscenza base da parte della popolazione su questo tipo di tecnologie.

[28] Fonte https://algowatt.com/portfolio-items/personalbus/

Soprattutto nelle Comunità Montane questo non è scontato, ma la possibilità di chiamare un numero di telefono non necessariamente da *smartphone* permette di ridurre al minimo questo rischio.

Per concludere, il sistema presenta importanti vantaggi, fatti su misura per quello che riguarda zone debolmente abitate, dove la classica mobilità pubblica risulta scarsamente efficace.

4. LA CITTÀ DI AVIGLIANA

4.1 INQUADRAMENTO

La città di Avigliana è una cittadina della Val di Susa situata a circa 20 km ad Ovest da Torino, che si estende per circa 23,22 km². È composta da ben 11 frazioni: Battagliotti, Bertassi, Cascina del Conte, Case nuove, Chiattera, Davì, Dora, Drubiaglio-Grangia, Garello, Mortera, Nota, Olivero, Sada, San Francesco, Sant'Agostino e Villaggio primavera.

I numeri nella mappa in figura 21 indicano le zone di maggior interesse. È contrassegnata da ogni tipo di attività o luogo che possono essere di importanza per la città. Sono presenti inoltre risorse idriche naturali come il punto 1 (fiume Dora Riparia), 6 e 7 (i laghi di Avigliana, punti di interesse turistico a livello regionale).

Le attività industriali si concentrano fuori dal centro cittadino, con i punti 11 (Località Bertassi) e 13 (Azienda Azimut) che svolgono un ruolo fondamentale per l'economia del paese. Invece i punti 2 e 10 sono luoghi importanti per la viabilità e come nodi di interscambio di veicoli.

Di interesse storico- artistico i luoghi che hanno una maggiore rilevanza sono il centro storico di epoca medievale (5), il Dinamitificio Nobel[29] (8), attualmente museo della più grande fabbrica di esplosivi degli anni 40, il resti del castello di Avigliana[30] (9) e il Santuario della Madonna dei laghi[31].

Di rilevante interesse sociale oltre al cimitero (3), c'è piazza del Popolo, che tutti i giovedì ospita il mercato cittadino, le due scuole, (18) e (19) e il parco allestito "l'Alveare verde", di recente costruzione.

Infine il sito in progetto, l'Ospedale Sant'Agostino, che vedremo nel dettaglio più avanti.

Gli insediamenti residenziali si concentrano soprattutto vicino al centro cittadino, con fabbricati plurifamiliari di 2- 4 piani, mentre allontanandosi dal centro si hanno invece villette mono o bifamiliari occupate da famiglie più benestanti. Per quello che concerne gli esercizi commerciali, come prevedibile questi si concentrano nel centro città, lungo corso Laghi, con un centro commerciale. Andando più verso la periferia, invece si hanno negozi più piccoli ed esercizi commerciali che si dedicano alla vendita al dettaglio, ma anche in periferia non mancano centri commerciali di modeste dimensioni di recente costruzione.

Per collegare questi luoghi, data la loro importanza a livello urbano e sociale, è necessaria una connessione tramite mezzi di trasporto pubblici e piste ciclabili, per consentire il più possibile un collegamento sia per i fruitori più giovani che i fruitori più anziani. Soprattutto, il sito in progetto, è carente sotto il profilo della connessione urbana, in

[29] Esempio di archeologia industriale di primo Novecento, il Dinamitificio Nobel fu costruito nel 1873 in una zona collinare posta ai margini del centro abitato di Avigliana. Fornito di energia elettrica e di ferrovia interna collegata con la stazione di Avigliana, era dotato di laboratorio chimico e produceva, oltre agli esplosivi, intermedi chimici, sottoprodotti delle lavorazioni principali, concimi e vernici. Durante l'ultimo conflitto mondiale lo stabilimento fu teatro di bombardamenti e azioni partigiane. La fabbrica ha chiuso i propri battenti negli anni Sessanta. Fonte: Valle Susa Tesori

[30] Costruito su commissione di Arduino il Glabrione, marchese di Torino, che fece costruire il castello a seguito della sconfitta dei saraceni che imperversavano nella Valle di Susa.

[31] Il Santuario della Madonna dei Laghi è una Chiesa sita ad Avigliana, edificata nel novembre 1622. Fonte: Madonnadeilaghi.it/

quanto manca un mezzo di trasporto che possa collegarlo con il resto della città, come invece dovrebbe essere per ogni Polo Sanitario per poter facilitare l'accesso alle cure da parte della popolazione.

Figura 19. Mappa di Avigliana con i principali luoghi d'interesse. Fonte: Elaborazione propria

4.2 LUOGHI DI INTERESSE

1. Fiume Dora Riparia
2. Stazione ferroviaria
3. Cimitero
4. Casa della Salute "Sant'Agostino" – Ufficio Postale
5. Centro storico
6. Lago Grande
7. Lago Piccolo
8. Dinamitificio Nobel
9. Resti del Castello di Avigliana
10. Autostrada

11 – 13 Zona Industriale

12. Zona Commerciale
14. Santuario della Madonna dei Laghi[32]
15. Campi Sportivi
16. Piazza del Popolo
17. Parco "l'Alverare verde"
18. I.T.G.C Galileo Galiei
19. Scuola media "Defendente Ferrari"

[32] https://madonnadeilaghi.it/

4.3 VIABILITÀ PRINCIPALE

Figura 20. Mappa di Avigliana con evidenziate strade maggiori e strade minori. Fonte: Elaborazione propria

LEGENDA

- Viabilità principale
- Viabilità secondaria
- Ferrovia

4.4 VIABILITÀ PUBBLICA

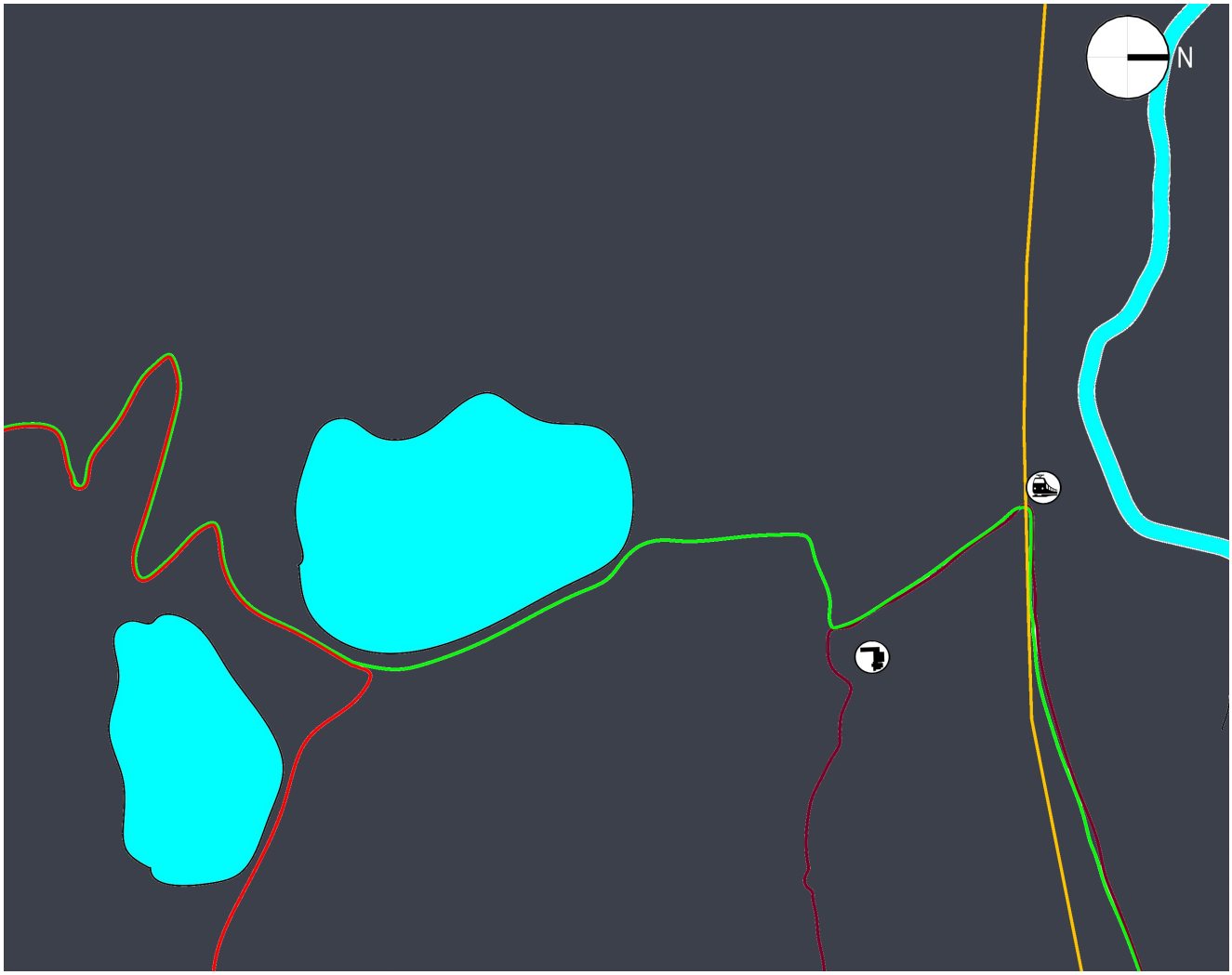


Figura 21. Mappa di Avigliana con evidenziate le linee di trasporto pubblico. Fonte: Elaborazione propria

LEGENDA

Come abbiamo già visto nell'analisi del distretto, Avigliana è servita a livello extraurbano dalla Ferrovia del Frejus, linea che partendo dal capoluogo piemontese serve le principali cittadine verso ovest fino a Bardonecchia e il confine con la Francia. Questa è il principale servizio pubblico della città che permette di collegare Avigliana anche ai Comuni più lontani.

Le altre linee che servono la cittadina sono le linee Bus del Gruppo Torinese Trasporti che invece sono utilizzate dalla popolazione locale per colmare le distanze con i comuni più vicini. Una di questa è la

Linea Rivoli – Buttigliera – Ferriera - Avigliana che serve le città nella fascia oraria che va dalle 6 alle 20 con una corsa ogni ora circa. Le altre linee sono linee che lambiscono solamente Avigliana, senza entrare nel suo centro cittadino, come la Linea Torino – Avigliana e la linea Rivoli – Giaveno. In ultimo la linea della Martoglio S.p.a Giaveno – Rivoli che però è una linea prettamente scolastica che quindi effettua le corse nell'orario di entrata e uscita dalle scuole.

4.5 SOCIALITÀ AD AVIGLIANA

I punti d'incontro ad Avigliana sono molteplici ma si possono ricondurre principalmente in 2 zone principali.

La prima zona è sicuramente quella del centro cittadino, identificabile intorno Piazza del Popolo e il parco "L'Alveare verde". Qui è presente una forte componente commerciale e l'utenza di questa zona è molto eterogenea, perché durante la giornata possiamo incontrare cittadini di tutte le età.

La seconda sono altresì le sponde di entrambi i laghi. Questa zona raccoglie la maggior parte del turismo che frequenta la città, sia dai paesi limitrofi che da paesi fuori dalla valle. Qui si possono trovare locali sia diurni che notturni, diventando così un punto di riferimento della Val di Susa per questo tipo di attrazione. Ma i laghi di Avigliana si prestano anche per sport d'acqua (Vela, Windsuf, Canoa) oltre che essere dotati di caratteristiche spiaggette e del Parco Naturale dei laghi di Avigliana, che ospita diverse varietà di flora e di fauna locale. Altra zona di rilievo è il centro storico cittadino, che ospita il Municipio e diversi uffici comunali.

Luoghi sociali della città sono anche i campi sportivi, dove si svolgono sport agonistici come calcio, basket e baseball, le scuole come la scuola media "Defendente Ferrari", le tre scuole elementari "D.Berti", "I.Calvino" e "A. Frank" e la Scuola superiore per geometri e Ragionieri "Galileo Galilei". Altri luoghi di rilevanza sono i luoghi culturali come il teatro "E. Fassino" e la Biblioteca Civica "P. Levi".

Figura 22. Il lago di Avigliana

Figura 23. Centro storico di Avigliana

Figura 24. Il castello di Avigliana

Figura 25. Santuario Madonna dei Laghi

Figura 26. Piazza Conte rosso

Figura 27. Porta Santa Maria

4.6 DINAMICHE DEMOGRAFICHE, SOCIALI E RESIDENZIALI

Per esaminare in modo completo la città di Avigliana, è necessario analizzare la popolazione anche dai dati demografici, per determinare le prospettive di sviluppo e poter redigere una valida strategia progettuale. Tutti i dati sono stati rilevati da www.tuttitalia.com e rielaborati.

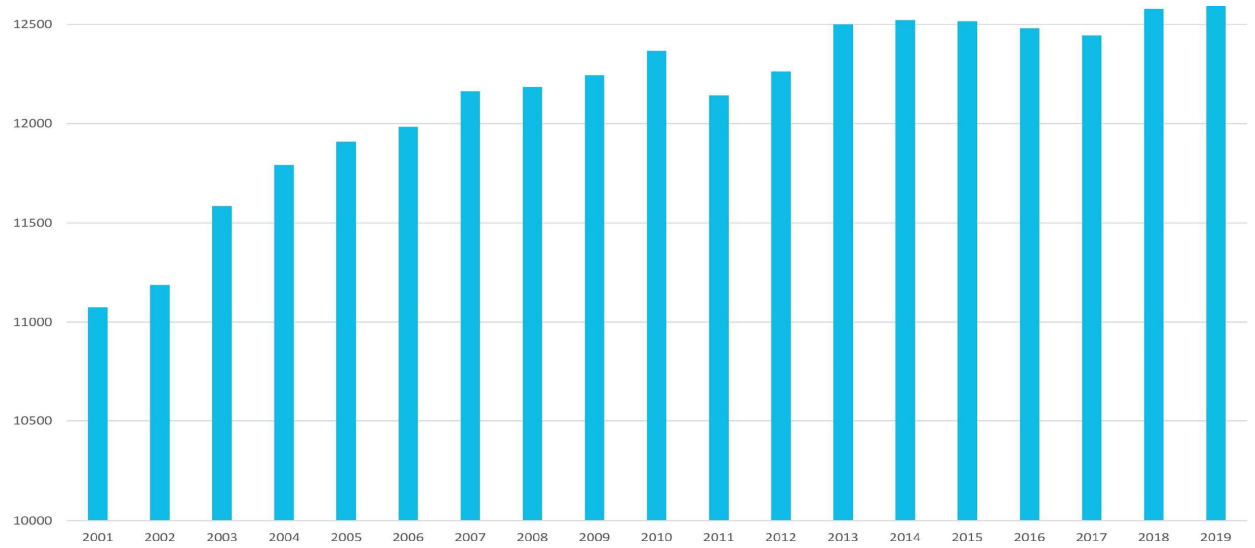


Figura 28. Comune di Avigliana. Popolazione residente dal 2001 al 2019.

Questo grafico che riguarda la popolazione residente nel Comune di Avigliana, ci indica come il numero degli abitanti sia in costante crescita negli anni, passando da 11075 nel 2001 a 12611 nel 2019, anno dell'ultimo rilevamento disponibile.

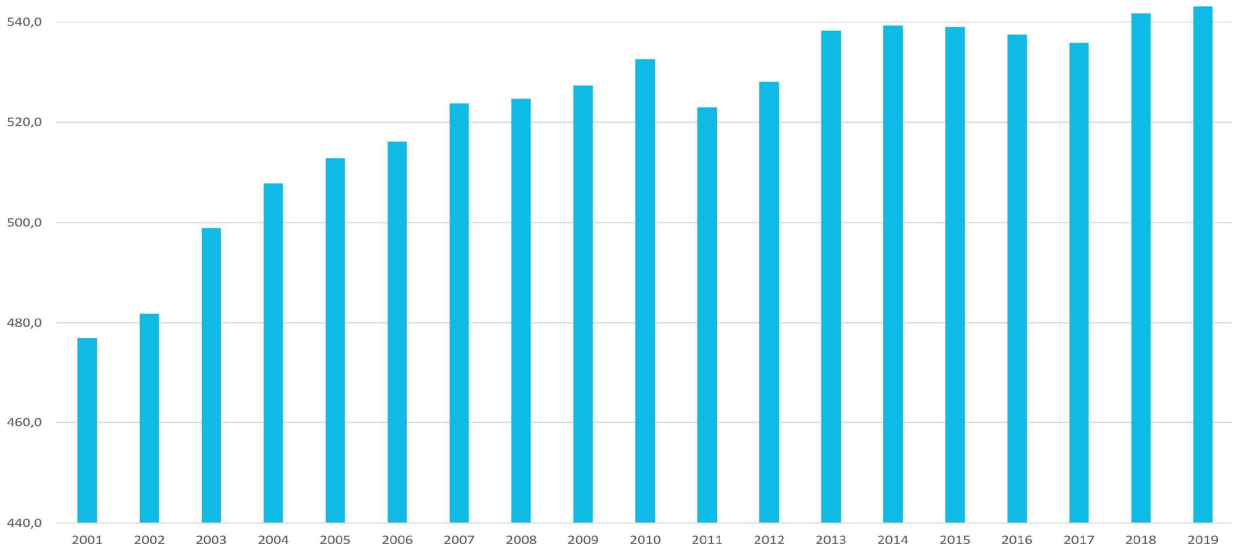


Figura 29. Comune di Avigliana. Densità abitativa dal 2001 al 2019.

La densità abitativa rappresenta il rapporto tra la popolazione residente e la superficie territoriale del comune di riferimento; viene espressa in abitanti per chilometro quadrato (ab/Km^2). Naturalmente questo dato è correlato direttamente alla popolazione residente all'interno del territorio. Quindi come il dato precedente, anche questo cresce man mano nel corso degli anni, passando da 477 ab/km^2 a 543 ab/km^2.

Figura 30. Comune di Avigliana. Variazione annuale della popolazione espressa in percentuale dal 2001 al 2019.

I dati della variazione percentuale della popolazione residente ci conferma la crescita complessiva della popolazione nella zona analizzata. Nonostante in alcuni anni ci sia stato un calo, questo è stato compensato negli anni immediatamente successivi.

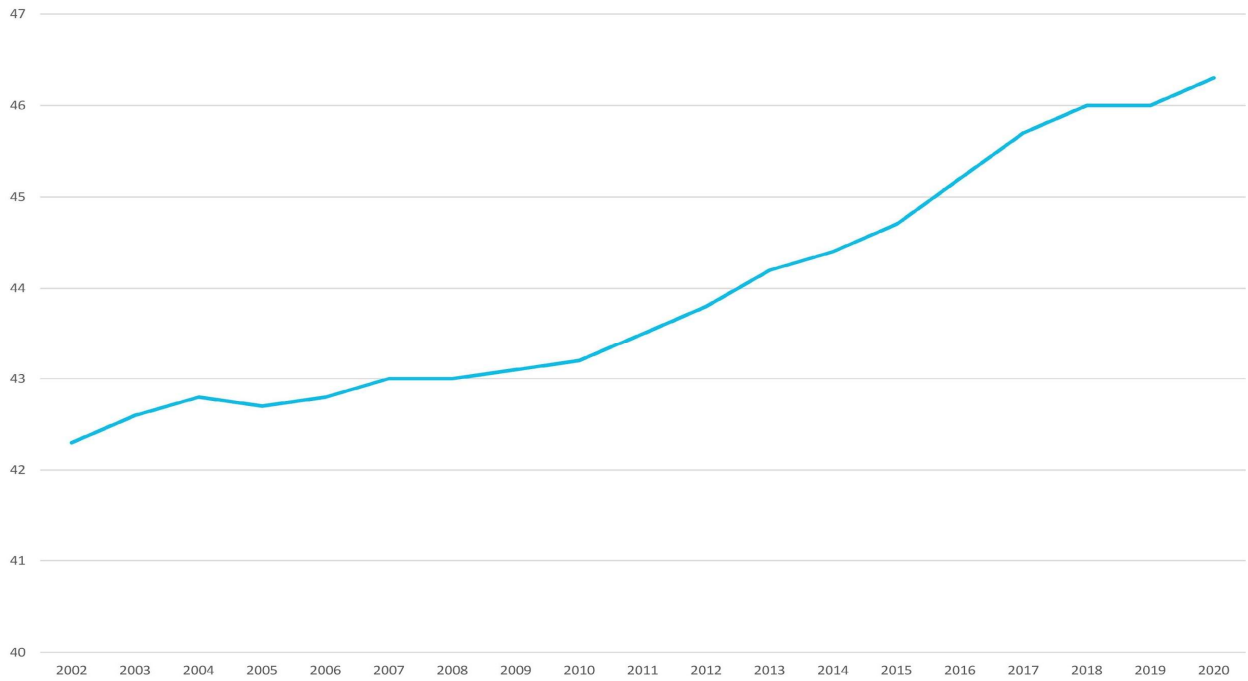


Figura 31. Comune di Avigliana. Età media della popolazione residente dal 2002 al 2020.

L'analisi dell'età media della popolazione nel corso degli anni, evidenzia una tendenza all'innalzamento generalizzato che ha subito un'accelerazione nel corso dell'ultima decade. Tenendo conto che la media regionale, nell'anno 2019, è di 47 anni, si può notare come il comune sia leggermente al di sotto la media regionale.

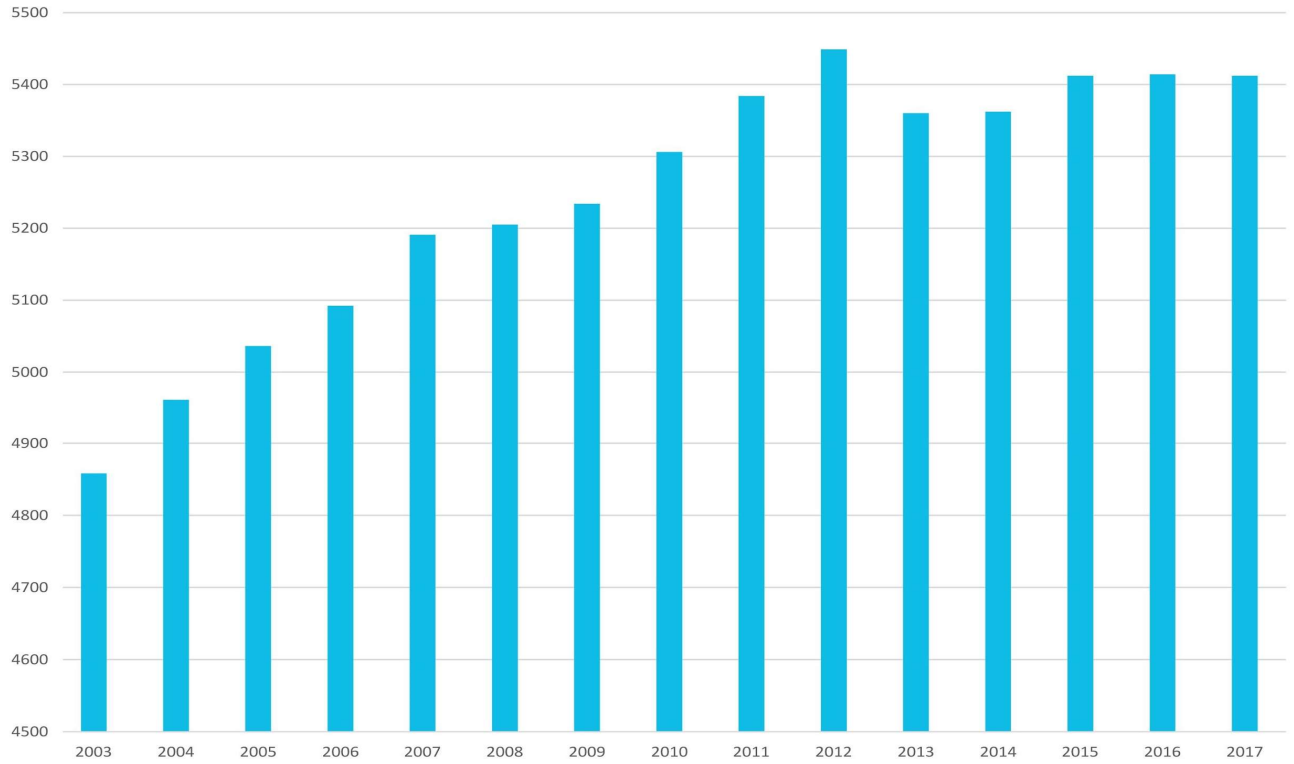


Figura 32. Comune di Avigliana. Numero famiglie della popolazione residente dal 2003 al 2017.

Il numero di famiglie, in generale aumento dal 2003 al 2018, ha subito invece un rallentamento nel corso dell'ultima decade. Tenuto conto della popolazione complessiva nel corso degli anni, si può ipotizzare che l'aumento dei nuclei familiari derivi in parte dall'aumento della popolazione ed in parte dalla diminuzione del numero dei componenti per famiglia.

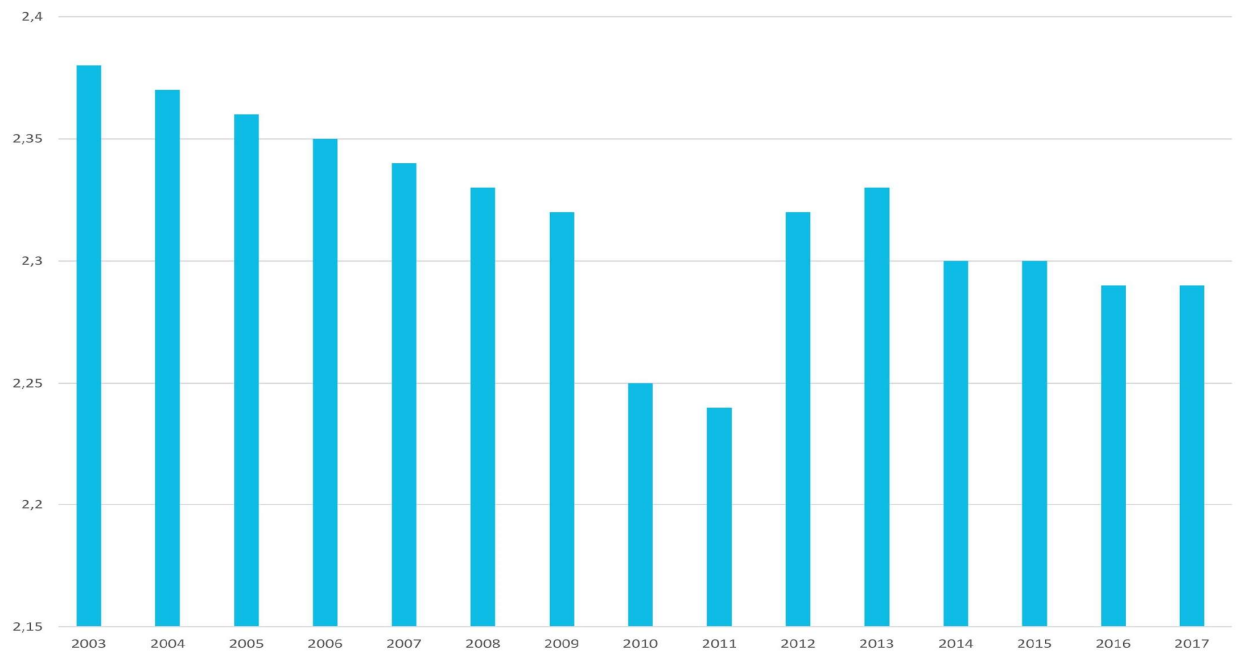


Figura 33. Comune di Avigliana. Media componenti per famiglia della popolazione residente dal 2003 al 2017.

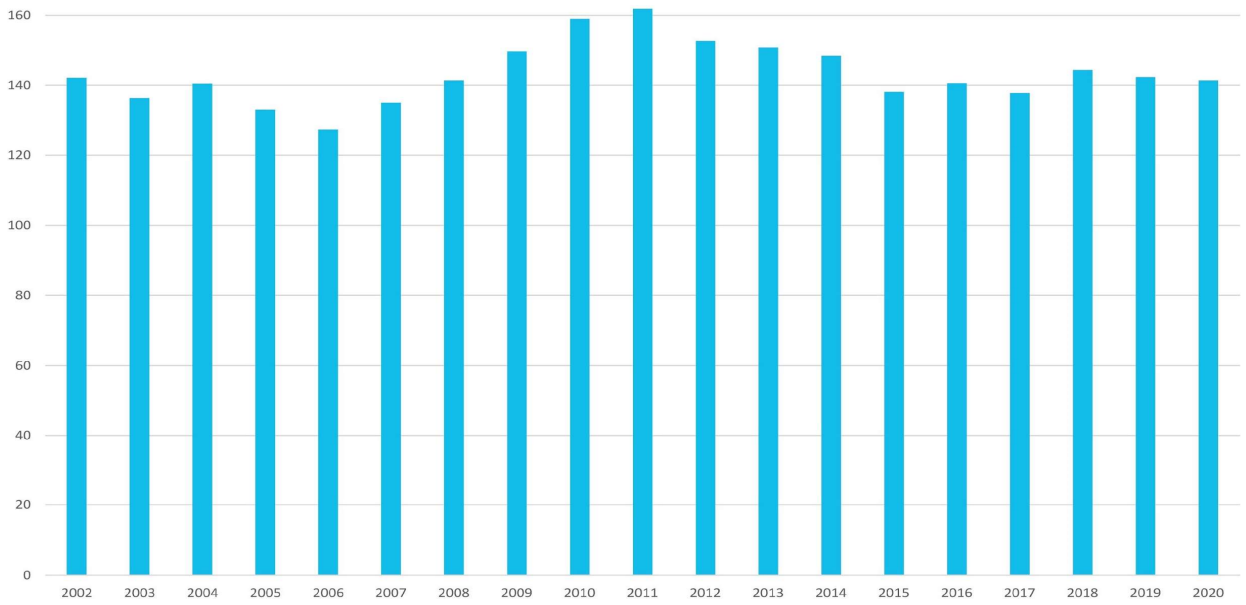


Figura 34. Comune di Avigliana. Indice di ricambio della popolazione residente dal 2002 al 2020.

L'indice di ricambio rappresenta il rapporto percentuale tra la cittadinanza di età compresa fra 60-65 anni e la popolazione di età compresa fra 15-19 anni (popolazione potenzialmente in uscita dal mondo del lavoro e popolazione in entrata). Valori distanti dalla condizione di parità indicano in ogni caso una condizione di squilibrio, indici al di sotto di 100 possono indicare minori opportunità per i giovani mentre valori molto superiori a 100 posso indicare una difficoltà a mantenere costante la capacità lavorativa di un paese. L'analisi indica una sostanziale stabilità nel periodo preso in esame, nonostante un innalzamento di questo valore intorno agli anni 2009-2011 che però è sceso negli anni successivi.

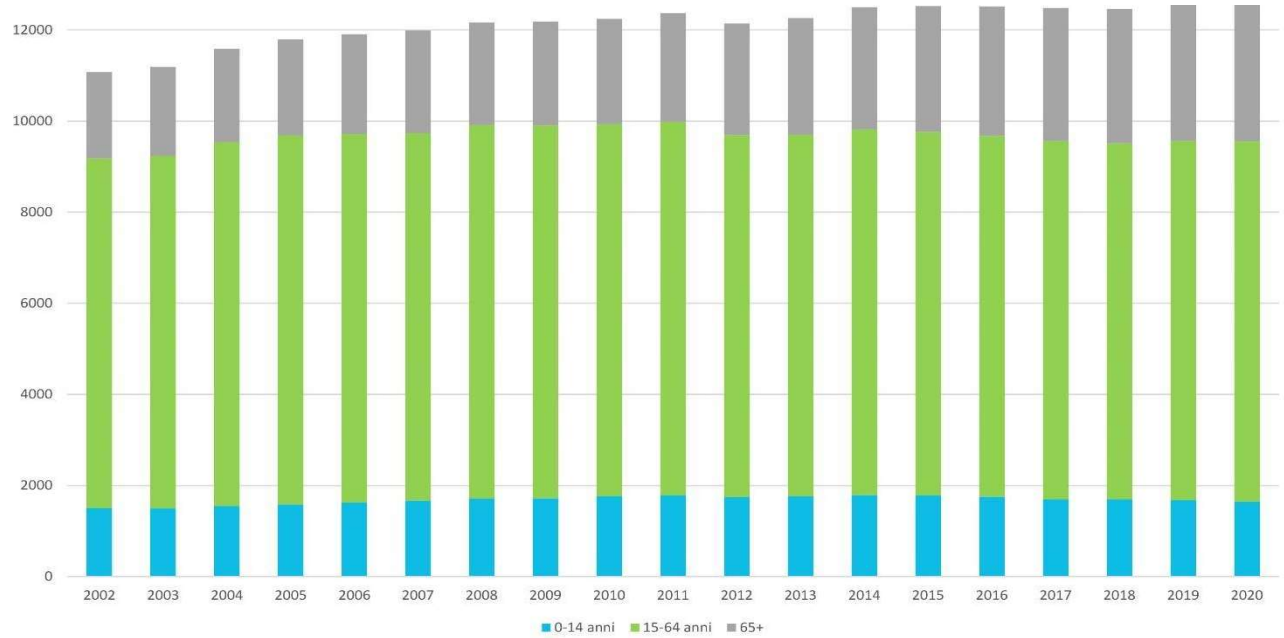


Figura 35. Comune di Avigliana. Struttura della popolazione residente dal 2002 al 2020.

Questo grafico divide la cittadinanza in 3 fasce di età (0-14, 15-64, 65+) e ci indica com'è composta la popolazione del Comune. Possiamo notare come, in accordo con i grafici precedentemente illustrate, le fasce popolazione più giovani sono andate via via restringendosi a favore della fascia di popolazione più anziana.

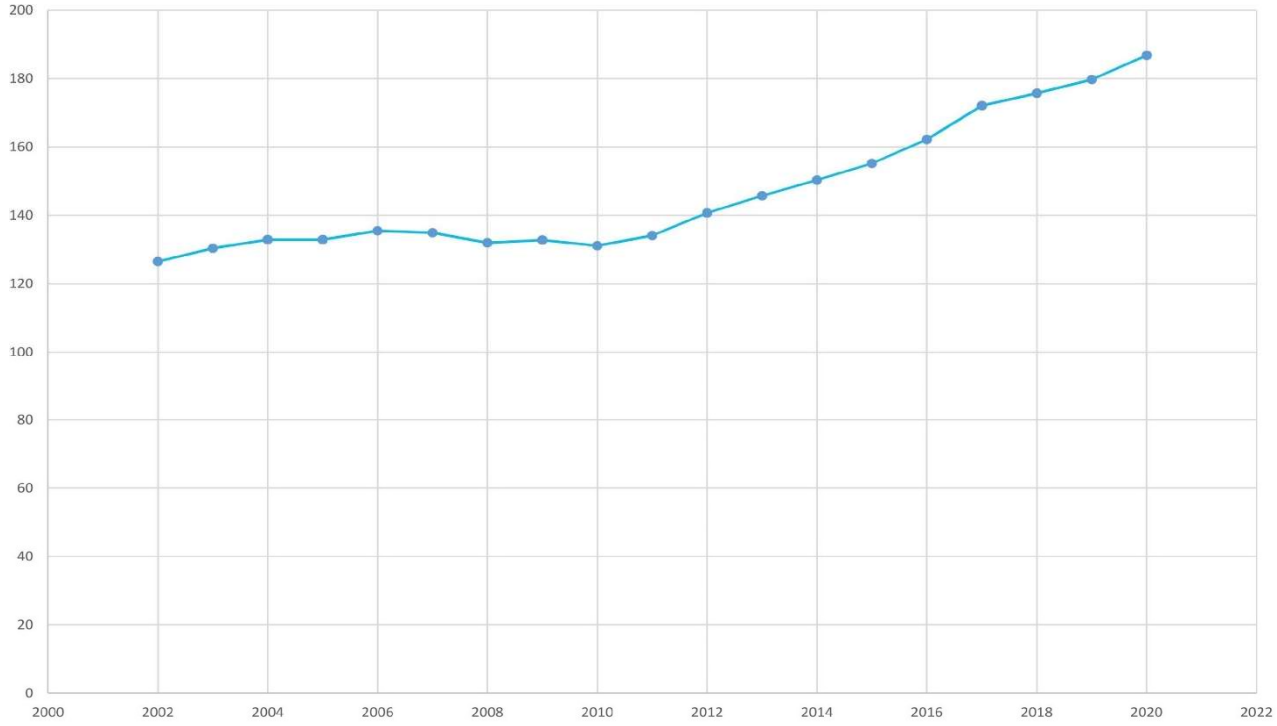


Figura 36. Comune di Avigliana. Indice di dipendenza strutturale della popolazione residente dal 2002 al 2020.

L'indice di dipendenza strutturale viene considerato un indicatore di rilevanza economica e sociale e consiste nel rapporto tra la popolazione che a causa dell'età si ritiene non essere autonoma, e la fascia di popolazione che è in attività e dovrebbe provvedere al suo sostentamento. L'analisi del dato, evidenzia un innalzamento generale di tale rapporto segno di un aumento della popolazione in età non produttiva. Agli inizi degli anni 2000, era di 44,2 mentre nel 2020 è arrivato a 59.3. Trattasi di un parametro strettamente legato all'aumento dell'età media e all'indice di ricambio che rappresenta la difficoltà occupazionale tipica del momento storico attuale.

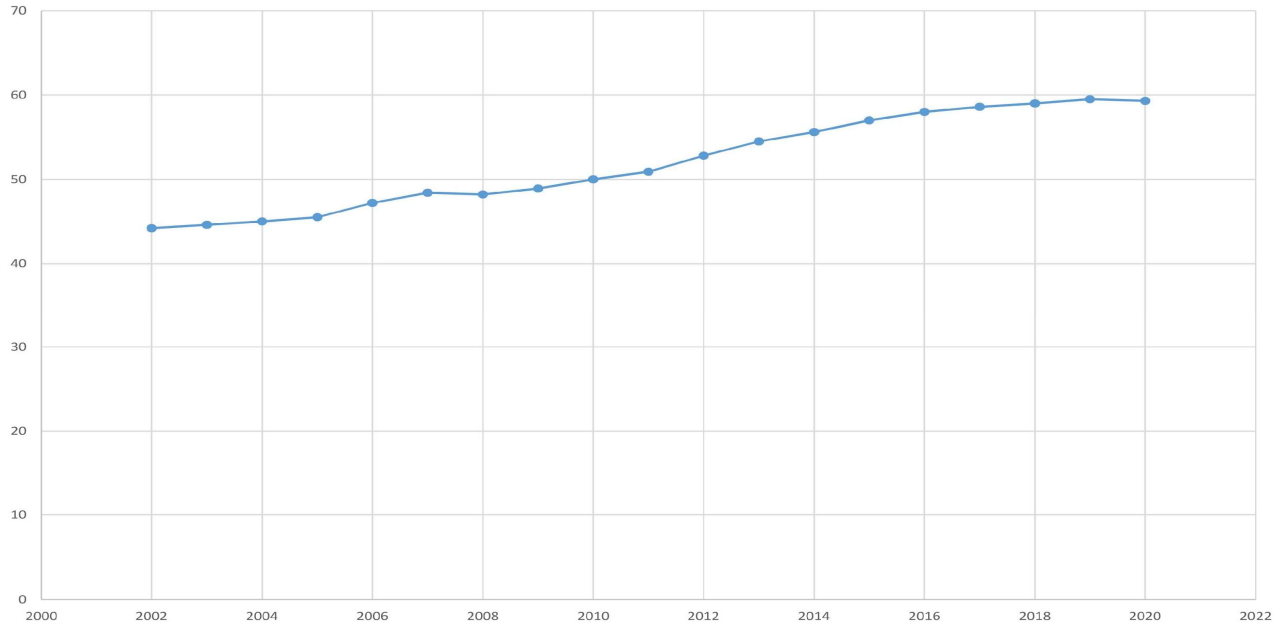


Figura 37. Comune di Apervigliana. Indice di vecchiaia della popolazione residente dal 2002 al 2020.

L'indice di vecchiaia rappresenta il grado di invecchiamento di una popolazione. È il rapporto percentuale tra il numero degli ultrasessantacinquenni ed il numero dei giovani fino ai 14 anni. Il grafico conferma gli indici e i dati precedenti, cioè un progressivo invecchiamento della popolazione

SINTESI INTERPRETATIVA

Riepilogando tutti questi dati e cercando di farne una sintesi, possiamo affermare che la città di Avigliana segue sostanzialmente lo sviluppo nazionale in tema di demografia. Man mano che gli anni avanzano la popolazione diventa sempre più anziana. Ma, a differenza dei dati nazionali, nonostante un calo importante delle nascite, la popolazione è in continua crescita grazie agli iscritti al Comune di Avigliana provenienti da altri Comuni.

5. OSPEDALE SANT'AGOSTINO

5.1. LA STORIA

La vecchia sede dell'ospedale cittadino fu la casa natale del conte Beato Umberto III di Savoia (detto il Conte Rosso), costruito nel 1374 in seguito a un lascito di 200 fiorini da parte di Giuseppe Falleti, un usuraio di Alba che aveva interessi in Val di Susa. Nell'antico ospedale, che dal conte prese il nome, venivano ospitati i pellegrini che transitavano sulla via Francigena.

In seguito a tutta una serie di ampliamenti e ristrutturazioni avvenuta durante i secoli e che si sono conclusi nel 1957, l'ospedale Beato Umberto è stato luogo di cura fino ai primi anni 90 del secolo scorso, quando l'edificio è stato abbandonato e le attività ospedaliere presenti (ortopedia, chirurgia, ostetricia e ginecologia, pronto soccorso) sono state trasferite presso l'edificio che prenderà il nome di Ospedale S. Agostino.

Attualmente, i locali di quello che fu il Beato Umberto, attraverso un'opera di recupero a carico di enti pubblici, sono sede di un progetto che vede la realizzazione di 16 alloggi di edilizia popolare.

L'Ospedale S. Agostino nasce sui resti di un'antica chiesa, la chiesa degli Eremitani Sant'Agostino, fondata nel 1479 e distrutta nel 1808 in periodo napoleonico. Su quell'area venne eretto un edificio, destinato inizialmente a convento gesuita e successivamente, negli anni 80, trasformato in ospedale, che ingloba una parte dell'antico chiostro della Chiesa.

All'inizio della gestione ospedaliera, il Sant'Agostino fu sede solo di alcuni servizi (scuola infermieri professionali). Successivamente

Dal 1990 nel Sant'Agostino furono trasferiti tutti i reparti presenti al Beato Umberto oltre al reparto di Medicina Generale fino ad allora ospitato presso i locali di una piccola struttura presente sul territorio di Avigliana, denominata S. Giuseppe, ora sede del servizio per la cura delle dipendenze (SERD).

Gli anni di fine secolo e inizio 2000, vedono il S. Agostino punto importante di riferimento per le esigenze di salute dei cittadini della bassa Val di Susa. Vengono erogati i servizi essenziali (pronto soccorso 24h, buoni livelli di interventi sia chirurgici che internistici, punto nascite) in modo da evitare lunghi spostamenti dei Valsusini verso altre strutture.

Successivamente, in coerenza con le politiche sanitarie di *austerity* praticate a cominciare dal 2010, anche l'ospedale di Avigliana ha subito radicali e progressive trasformazioni che hanno visto via via la chiusura di tutti i servizi ospedalieri e la nascita o il mantenimento delle sole attività territoriali.

Dal punto di vista strutturale, abbandonata la vocazione ospedaliera, l'ex ospedale Sant'Agostino subisce pertanto una ristrutturazione degli ambienti interni pensati per ospitare attività territoriali.

NASCE LA CASA DELLA SALUTE

È il 27 giugno del 2006 quando la Ministra della salute Livia Turco presenta alla commissione affari sociali della Camera dei deputati un "nuovo progetto

di medicina del territorio attraverso la promozione della Casa della Salute, una struttura polivalente e funzionale in grado di erogare materialmente l'insieme delle cure primarie e di garantire la continuità assistenziale con l'ospedale e le attività di prevenzione"[33].

Come si può rilevare dall' Articolo 1 della Legge 206/2006, comma 1 e comma 2 "All'interno della struttura devono trovare collocazione gli studi dei Medici di Medicina Generale (MMG) e deve essere garantita la continuità assistenziale 7 giorni su 7 e per le 24 ore."[34]

In questa definizione quindi è precisata la presenza fondamentale nella struttura del Medico di medicina generale e l'importanza della continuità assistenziale.

Per realizzare la Casa della Salute, secondo il Ministro "si potrebbero utilizzare strutture sanitaria o amministrative dismesse, per esempio a seguito della riconversione di piccoli ospedali o presidi da ristrutturare, ma anche edifici messi a disposizione dai Comuni, ambienti acquisiti dal mercato edilizio, sedi specificamente progettate ed edificate"

La Giunta regionale della Regione Piemonte vara nel 2017 un piano per la realizzazione delle Case della Salute. Questo permette la realizzazione di 64 strutture su tutto il territorio regionale che diventano punti di riferimento per il trattamento della cronicità e per tutte quelle patologie che possono essere affrontate al di fuori dell'ospedale. Al loro interno lavorano in modo integrato MMG, specialisti di varie branche, infermieri, assistenti sociali e laddove è possibile eseguire esami chimici e radiologici di base.

La Casa della Salute diventa pertanto un unico luogo dove il cittadino può trovare risposta ai suoi bisogni socio-sanitari.

In Piemonte ne sono presenti 64: 25 Torino e provincia, 10 nelle due Asl di Cuneo, 6 nell'ASL di Biella, 4 nell'Asl di Asti e 5 in ciascuna delle ASL di Alessandria Novara e Vercelli.

Tra questi, nei locali dell'ex ospedale Sant'Agostino, è prevista, anche ad Avigliana, una Casa della Salute.

Figura 38. Ospedale di Avigliana in una foto di inizio anni 2000

[33] Dal documento intitolato un "New Deal" della salute. Considerazioni sulle linee programmatiche enunciate dal ministro della salute. Prospettive assistenziali n156/2006)

[34] Legge 296/2006 - Art. 1. Progetti attuativi del piano sanitario nazionale.

Figura 39. Parcheggio principale. Foto scattata il 30/10/2020

Figura 40. Prospetto Nord. Foto scattata il 15/11/2020.

Figura 41. Chiesa Sant'Agostino. Foto scattata il 15/11/2020.

Figura 42. Attuale ingresso principale. Foto scattata il 26/10/2020.

5.2 POLO SANITARIO DI AVIGLIANA: INQUADRAMENTO DELL'AREA DI STUDIO

La zona oggetto di studio è vicino al centro della città, e ha la caratteristica, a differenza del resto dell'area urbana di Avigliana, si svilupparsi su diversi livelli di quota, quindi in un ambiente collinare facente parte del Monte Piocchetto.

L'area si compone attraverso corso Laghi (viale principale della città, che attraversa la città di Avigliana) e via Sant'Agostino, strada in pendenza che porta al Polo Sanitario. Inoltre c'è un'ampia zona a bosco, con vasta e varia vegetazione.

I luoghi di interesse di questa piccola porzione di territorio sono molteplici. Lungo corso Laghi è presente un grande e moderno parco allestito, chiamato "Alveare verde", diventato in poco tempo molto frequentato dalla popolazione locale. Sempre su corso Laghi è presente un ampio terreno, attualmente abbandonato, in dote alla succursale dell'Istituto Tecnico per Geometri e Ragionieri Galileo Galilei, ma di proprietà comunale.

Figura 43. Area di studio. Fonte: Elaborazione propria

LEGENDA

1. Polo Sanitario
2. Parcheggio (150 posti ca.)
3. Poste Italiane
4. Parcheggio (50 posti ca.)
5. Parco Giochi
6. Terreno Scuola
7. Succursale Galileo Galilei
8. Parco Giochi "Alveare verde"

Salendo ulteriormente di quota è infine presente l'Ospedale Sant'Agostino, dotato di ampio parcheggio sul retro, ma comunque non sufficiente a soddisfare l'esigenza della struttura. Sempre sul retro, è presente la Chiesa di Sant'Agostino, un'importante testimonianza della storia aviglianese (voluta dal Beato Amedeo IX di Savoia: 1435-1472), datata fine XV sec., situata sul monte Piocchetto, ora di proprietà dell'ASL TO3.

Lungo via Sant'Agostino invece è presente un ufficio postale, dotato di ampio parcheggio, un parco giochi, attualmente poco utilizzato dalla popolazione in seguito alla creazione del nuovo parco "Alveare Verde", e un campetto da basket anch'esso poco utilizzato, in quanto usato saltuariamente come deposito di roulotte e camper. Adiacente a questo complesso è presente un bosco, facente parte del monte Piocchetto, di proprietà comunale.

Davanti all'ufficio postale è posizionata la fermata della Linea Rivoli-Ferriera: in questa fermata non è presente la classica pensilina in acciaio che protegge dagli agenti atmosferici, quindi in caso di maltempo diventerebbe scomodo e difficoltoso usufruire di questo servizio, in particolare per persone anziane. In fase di progetto, ci sarà da tenere in considerazione le caratteristiche morfologiche della zona, che come abbiamo detto sorge sul Monte Piocchetto, che ha un dislivello dal centro cittadino di circa 20 metri[35].

Attraverso le mie conoscenze acquisite sul campo ho potuto effettuare delle interviste che si sono rivelate utili per capire al meglio quali sono i punti di forza e quali le problematiche del Polo Sanitario e dalla zona circostante. Il *target* degli intervistati è stato in particolare quello dei professionisti della sanità: infermieri, medici e dirigenti sono quelli che più vivono la struttura e più hanno conoscenza della situazione. Sarebbe stato però limitativo intervistare solamente una categoria di utenti, e intervistare abitanti della zona mi avrebbe senza dubbio aiutato a capire meglio le dinamiche. Molte persone hanno rifiutato di rilasciare interviste anche in modo anonimo, con la motivazione di essere di fretta, ma alcuni hanno accettato, sebbene con leggera resistenza.

L'esecuzione di queste interviste ha evidenziato delle problematiche sia all'interno della struttura, che nel suo intorno. È emerso un malcontento da parte del personale sanitario per un ridimensionamento del Polo - sia per quello che riguarda il numero di personale, la più grande criticità a livello nazionale - ma anche per quello che riguarda la struttura come spazi inutilizzati e non funzionali. Al fine di rendere il tutto più chiaro, ho eseguito un'analisi SWOT (al capitolo 5.4) della struttura e del suo intorno, in modo da predisporre le iniziative per il progetto.

[35] Fonte quote altimetriche: Google Earth

5.3 LA CASA DELLA SALUTE: STRUTTURA E SERVIZI

L'impianto dell'edificio è stato concepito inizialmente per ospitare un convento gesuita e solo successivamente è stato trasformato in ospedale. La struttura portante è stata realizzata con ogni probabilità con uno scheletro in calcestruzzo armato, a cui poi si sono sommati tramezzi divisori per delimitare i vari locali.

Lo sviluppo dell'edificio occupa una Superficie Lorda di Pavimento di circa 9600 mq, da aggiungere al piano seminterrato di circa 3200 mq. L'impianto originario era più piccolo, ma successivamente in seguito ad ampliamenti avvenuti negli anni '90, l'ospedale è stato dotato di nuovi locali e servizi.

L'edificio nel complesso è attualmente in buone condizioni, non si rivelano lamentele da parte ma presenta diverse parti al suo interno inagibili oppure non utilizzate o che potrebbero essere utilizzate in modo migliore.

PIANO PIANO TERRA

Figura 44 Pianta piano terra. DISEGNO FUORI SCALA

LEGENDA:

1. Centro prelievi
2. Atrio e ingresso
3. Spazi distributivi – Zona filtro
4. Hospice oculistica
5. Spogliatoi
6. Ambulatori
7. Chiesa Sant'Agostino
8. Magazzini
9. Radiologia
10. Guardia medica
11. Spazi distributivi – Scale
12. Locali accessori

Il piano terra si presenta sfruttato e utilizzato in tutte le sue parti. Non ci sono zone che non hanno una destinazione d'uso. Il piano terra si articola in 3 zone filtro: una centrale, una est ed una Ovest. Nella zona centrale, in zona opposta al parcheggio, è attualmente posizionato l'ingresso. Questo introduce in un atrio stretto e lungo in direzione orizzontale , dall'aspetto di un grosso corridoio, dove troviamo all'estrema destra il locale destinato a portineria e centralino, di fronte gli accessi a locali

che ospitano servizi vari (sportello assistenti sociali, radiologia, 118) e l' accesso alle scale per i piani superiori; protetti da porte antincendio (REI); la zona ovest ospita i locali destinati alla continuità assistenziale notturna (ex guardia medica), mentre la zona est , con ingresso autonomo dall'esterno, è riservata alla nuova area destinata a punto prenotazione, prelievi e sala d'aspetto comune a questi servizi. A nord, in locali adiacenti a questa sala, ha trovato posto il servizio di oculistica, recentemente trasferito dal primo piano. Gli ascensori sono posizionati a dx e a sx del corridoio d'ingresso in aree rientrate e non facilmente visibili.

PIANTA PIANO PRIMO

Figura 45. Pianta piano primo. DISEGNO FUORI SCALA

LEGENDA:

1. Tetto piano
2. Ambulatori
3. Spazi distributivi – Scale
4. Spazi dedicati ai vaccini
5. Spazi di medicina – Ambulatorio delle indifferibilità
6. Spazi distributivi – Zone filtro
7. Chiesa Sant'Agostino

Il primo piano è dedicato in larga parte agli ambulatori. Qui trovano spazio ambulatori di Cardiologia, Chirurgia, Chirurgia Plastica, Dermatologia, Diabetologia, Dietologia per diabetici, Elettrocardiografia, Ecocardiografia, Fisiatria, Fisioterapia, Ginecologia, Nefrologia, Odontoiatria, Ortopedia, Pneumologia, Psicologia, Ecodoppler TSA, Vulnologia. uesti sono distribuiti tra la sezione Est e la sezione Ovest della struttura.

La zona dell'ambulatorio delle indifferibilità (evidenziata in arancione, fig. 45), è un servizio istituito nel 2015, che si occupa di quei pazienti che necessitano di prestazioni ambulatoriali di relativa

urgenza (codici bianchi) che non possono essere espletate dal proprio medico di medicina generale per mancanza di strumentazione o per incompatibilità con gli orari di ambulatorio. Attualmente questo servizio, in seguito all'emergenza Covid, non è attivo per mancanza di personale utilizzato al momento per far fronte all' aumentata richiesta presso i reparti ospedalieri.

A Nord invece, gli spazi utilizzati negli scorsi anni dal servizio di oculistica, ora trasferiti al piano terreno, sono attualmente dedicati all'attività vaccinale del distretto. Terminata l'emergenza Covid potrà essere uno di quei spazi che probabilmente rimarranno inutilizzati o sottoutilizzati. Evidenziati in viola (figura 45) invece, ci sono diverse coperture piane che potrebbero essere utilizzate come spazi-giardino

.

PIANTA PIANO SECONDO

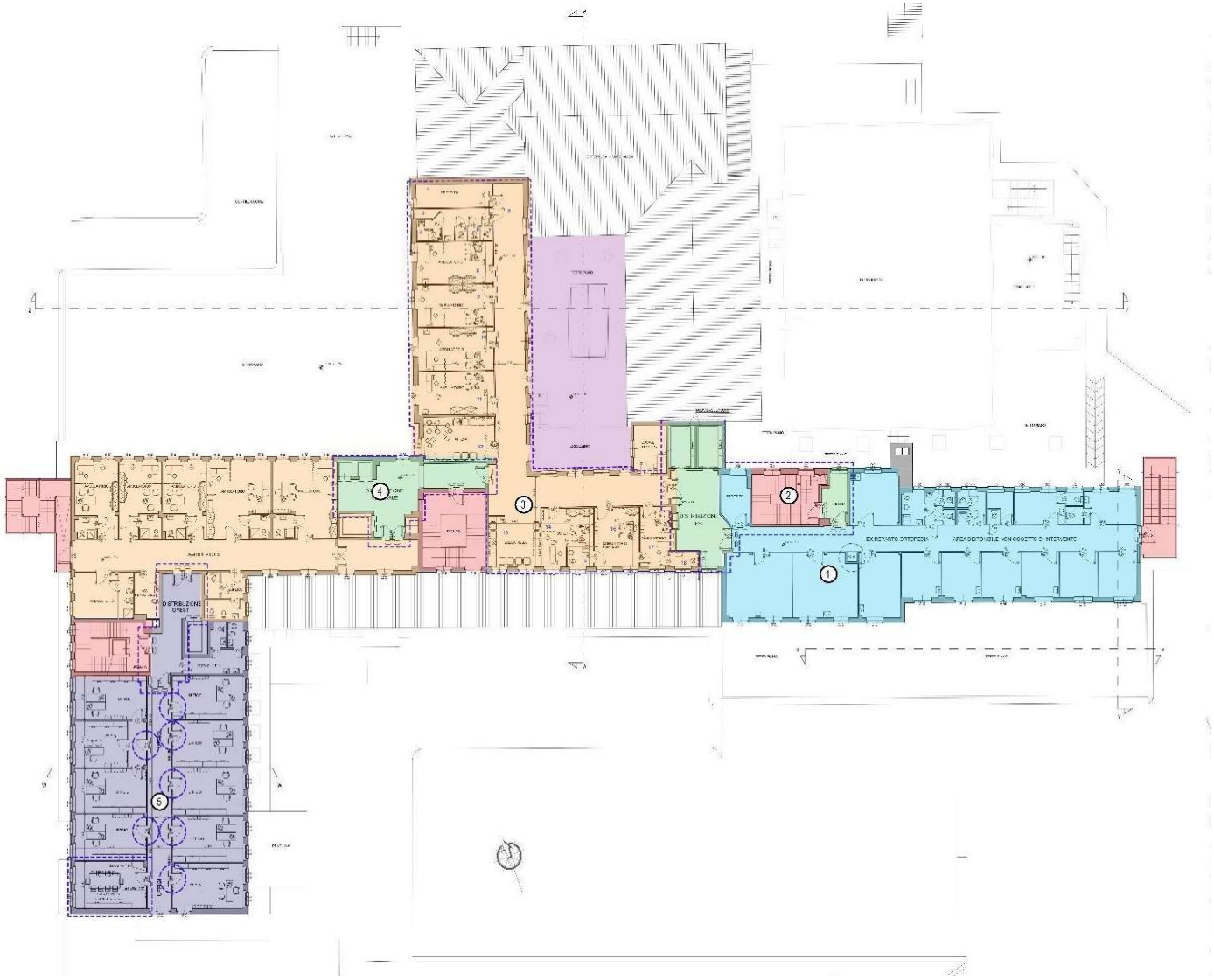


Figura 46. Pianta piano secondo. DISEGNO FUORI SCALA

LEGENDA

1. Reparto ex Ortopedia
2. Spazi distributivi – Scale
3. CAVS
4. Spazi distributivi – Zone filtro
5. Uffici

Il secondo piano della struttura è quello che presenta più criticità. Ad oggi, l'unico spazio utilizzato è quello degli uffici (numero 5, figura 46) dove trovano luogo gli studi dei dirigenti e del personale amministrativo. Nella manica ad est e manica centrale trova spazio il CAVS (Continuità assistenziale a valenza sanitaria): un servizio per pazienti con quadro clinico stabilizzato, dimessi da

poli sanitari più grandi, che vengono trasferiti al CAVS sia per liberare posti letto nelle strutture ospedaliere per casi più critici, sia per dare tempo alle famiglie del paziente di adeguarsi alle nuove esigenze nate dalle nuove condizioni cliniche. Questo spazio, durante la prima ondata della pandemia è stato utilizzato come reparto Covid, ma attualmente, in seguito anche qui alla carenza di personale e alla sua utilizzazione in altri servizi necessari alla gestione dell'emergenza COVID, è diventato uno spazio inutilizzato, anche se dotato di impiantistica e comfort adeguati per essere operativo in quanto recentemente ristrutturato. La zona contraddistinta dal numero 1 (figura 46), è quella dedicata alla ex ortopedia dell'Ospedale Sant'Agostino di Avigliana, area attualmente inagibile in quanto completamente abbandonata da anni.

.

Figura 47. Prospetto Sud.

Figura 48. Prospetto Est.

Figura 49. Prospetto Nord.

Figura 50. Prospetto Ovest.

Figura 51. Sezione AA.

Figura 52. Sezione ZZ.

Il prospetto Sud è la facciata che attualmente ospita l'ingesso principale della struttura, all'interno delle arcate. Tutti e quattro i prospetti presentano una forte asimmetria frutto di numerose stratificazioni effettuate nel corso degli anni. Infatti sono chiaramente visibili corpi discordanti, con altezze e numero di piani, colore di facciata e destinazione d'uso differenti. Sono inoltre chiaramente visibili 2 corpi scala antincendio ai lati opposti dell'edificio, necessari per la sicurezza dei fruitori.

5.4 ANALISI SWOT

L'analisi SWOT è uno strumento di pianificazione a disposizione di progettisti e analisti, cioè un metodo di lavoro che suggerisce di analizzare e redigere i punti di forza (Strenght), i punti di debolezza (Weakness), le opportunità (Opportunity) e le minacce (Threats) di un progetto e/o di una determinata Area.

Dopo aver analizzato l'area di progetto e aver somministrato le interviste ai professionisti della sanità (Allegato A) e agli abitanti del luogo, ho cercato quindi di stilare tutti i punti di forza, di debolezza, le minacce e le opportunità descriventi l'area di progetto, al fine di organizzare le essenziali disposizioni da tenere a mente per la redazione del progetto.

Nell'opera di ristrutturazione della CdS di Avigliana è fondamentale l'analisi di quelli che sono gli aspetti critici e di quelli favorevoli che caratterizzano l'attuale struttura.

Grossa criticità da tutti avvertita è l'insufficiente dotazione di trasporto pubblico che dovrebbe collegare questa struttura ai paesi limitrofi. Oltre alla stazione ferroviaria, che unisce Avigliana a numerosi centri della valle, non esiste al momento un idoneo collegamento pubblico con questa struttura sanitaria. L'uso del trasporto privato diventa, pertanto il più diffuso mezzo per raggiungerla.

La struttura davanti alla quale ci troviamo è sicuramente vetusta, nata all'origine per finalità non sanitarie e di conseguenza non rispondente ai più moderni canoni dell'architettura sanitaria; a partire dal parcheggio, che è il primo punto di accoglienza dell'utenza, esso risulta attualmente inadeguato in quanto insufficiente negli spazi e scarsamente mantenuto nella forma, ubicato lontano dall'ingresso principale e pertanto inadatto ad essere individuato e facilmente raggiunto da una popolazione che tende a diventare sempre più anziana (ricordiamo che la CdS nasce con l'intento di diventare luogo di cura delle malattie croniche tipicamente presenti nella terza età). Il suo manto stradale si presenta disconnesso e poco adatto all'utilizzo da parte di pazienti non deambulanti. L'ingresso, come già detto, situato in posizione diametralmente opposta al parcheggio, apre in un atrio di dimensioni ridotte ed insufficienti a mettere in atto tutte quelle misure di sicurezza e distanziamento imposte dalla nuova realtà epidemica. Questo ha come indesiderata conseguenza, nelle ore di maggiore afflusso, la formazione di lunghe code al di fuori dell'edificio nell'area antistante all'ingresso, area sprovvista di ogni tipo di riparo o di appoggio per i più fragili. All'interno invece, l'area dedicata al triage è attualmente improvvisata e non strutturata, mentre quella dedicata alle informazioni e mal posizionata rispetto all'ingresso. Inoltre non è presente una efficace segnaletica finalizzata al facile orientamento per l'individuazione degli ascensori e delle aree dedicate ai vari servizi forniti.

Nell'ultimo decennio, sono stati avviati interventi di ristrutturazione che hanno interessato solo alcuni

lotti della struttura (sala di attesa del centro prelievi, area situata al secondo piano dedicata al CAVS), ma a causa dei sempre maggiori costi e a fronte dei minori investimenti dedicati alla sanità, la maggior parte della struttura rimane in attesa di quei lavori necessari a renderla pronta a rispondere alle nuove esigenze sanitarie della popolazione.

Continuando a osservarlo, l'ex Ospedale S. Agostino, risulta ben inglobato al tessuto cittadino, vicinissimo al centro della città di Avigliana, facilmente raggiungibile attraverso la rete stradale esistente, e inoltre ha il vantaggio di essere circondato da un contesto panoramico piacevole e un'area verde che se valorizzata, potrebbe dare un valore aggiunto alle finalità di cura a cui è destinata. Attualmente alcuni degli spazi presenti sono sottoutilizzati in quanto alcune aree dell'edificio risultano vuote e abbandonate in attesa di essere risanate per dare spazio alle numerose esigenze di salute di una popolazione, quella della Val di Susa, che negli anni ha assistito a un progressivo impoverimento dell'offerta sanitaria (chiusura di reparti all'ospedale di Susa, chiusura dell'Ospedale S. Agostino). Gli attesi fondi europei del *Recovery Plan*, potrebbero dare vita, all'interno di quegli spazi, a servizi territoriali di base necessari a soddisfare le esigenze di salute di una popolazione sempre più in crescita e sempre più anziana.

Nota particolare merita la coesistenza della Chiesa di S. Agostino che, edificata all'interno di quello che era un convento, continua ad essere ancora strutturalmente presente anche se in attuale stato di abbandono e non attiva come luogo di culto. Posizionata alle spalle dell'attuale ingresso e legata all'edificio, la chiesa di S. Agostino meriterebbe da parte delle autorità competenti, di un grosso intervento di ristrutturazione che, oltre ad avere una valenza artistico-culturale, arricchirebbe la struttura sanitaria di un luogo adeguato dove offrire conforto spirituale a soggetti che per motivi di salute, si trovano in una fase di particolare fragilità.

La Chiesa, ristrutturata e rivitalizzata, potrebbe diventare anche luogo di interesse turistico, considerando che è in cantiere il progetto di fare diventare il parcheggio della CdS di Avigliana (molto utilizzato durante i giorni feriali, ma quasi deserto durante i festivi), punto di riferimento e di partenza per itinerari turistici di gruppo all'interno della città

S
- Presenza di vegetazione nelle immediate vicinanze
- Vicinanza al centro cittadino
- Presenza della Chiesa Sant'Agostino
W
- Scarsa presenza trasporto pubblico
- Parcheggio lontano dall'ingresso principale
- Parcheggio sottodimensionato
- Atrio sottodimensionato
- Struttura non concepita come struttura ospedaliera
O
- Presenza di fondi europei
- Diversi spazi inutilizzati o sottoutilizzati
- Realizzazione di un nuovo sistema di trasporto pubblico
- Aumento progressivo della popolazione nel corso degli anni
- Nuovi progetti turistici
T
- Presenza sempre maggiore di popolazione anziana
- Incremento dei costi di manutenzione

5.5 IPOTESI DI FUTURO DELLA SANITÀ IN ITALIA

La Pandemia vissuta tra il 2020 e il 2021 ha evidenziato le inefficenze del Sistema Sanitario Italiano. Nel dibattito di tutti i giorni è emersa la necessità di potenziare ciò che ha funzionato meno: l'assistenza medica sul territorio. Soprattutto durante la prima ondata, moltissimi cittadini contagiati dal virus sono andati a sovraffollare i Pronto Soccorso degli Ospedali, sottraendo posti letto a quei pazienti affetti da altri gravi patologie. Così, il grande presidio ospedaliero preso come unico punto di riferimento, è andato spesso in difficoltà perché costretto a rimodulare i reparti, centralizzare il personale e rimandare visite e diagnosi importanti.

In generale, il progressivo smantellamento dell'assistenza territoriale durato negli anni, ha centralizzato l'assistenza sanitaria indifferibile presso i pronto soccorso dei pochi ospedali rimasti. Pertanto la maggior parte degli accessi ospedalieri risultano impropri e questo di deduce dai dati disponibili; la stragrande maggioranza degli ingressi nei pronto soccorso ogni anno sono codici bianchi e codici verdi e quasi il 90% non richiede poi ricovero. Questo vuol dire che le strutture territoriali potrebbero soddisfare il grosso delle richieste con conseguente miglioramento dell'assistenza sanitaria per i cittadini e risparmi consistenti per i conti pubblici

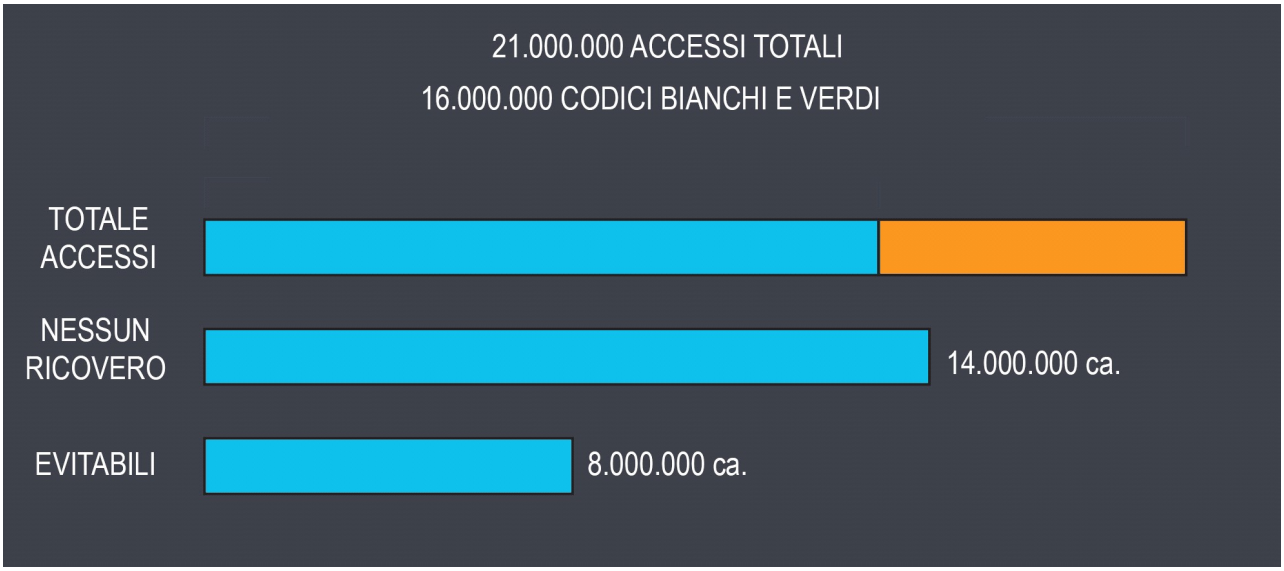


Figura 53. Accessi al pronto soccorso annuali. Fonte: EMUR. Elaborazione propria

L'idea dell'esecutivo italiano per cambiare il modello di Sanità è quella di spendere 7 miliardi messi a disposizione dal *Recovery Fund* per investire nella sanità del territorio attraverso 3 punti:[36]

1. Potenziare le Case della Salute
2. Potenziare gli Ospedali di Comunità

[36] https://www.corriere.it/dataroom-milena-gabanelli

3. L'istituzione di una centrale Operativa per il coordinamento dei vari servizi
4. Potenziare l'assistenza domiciliare

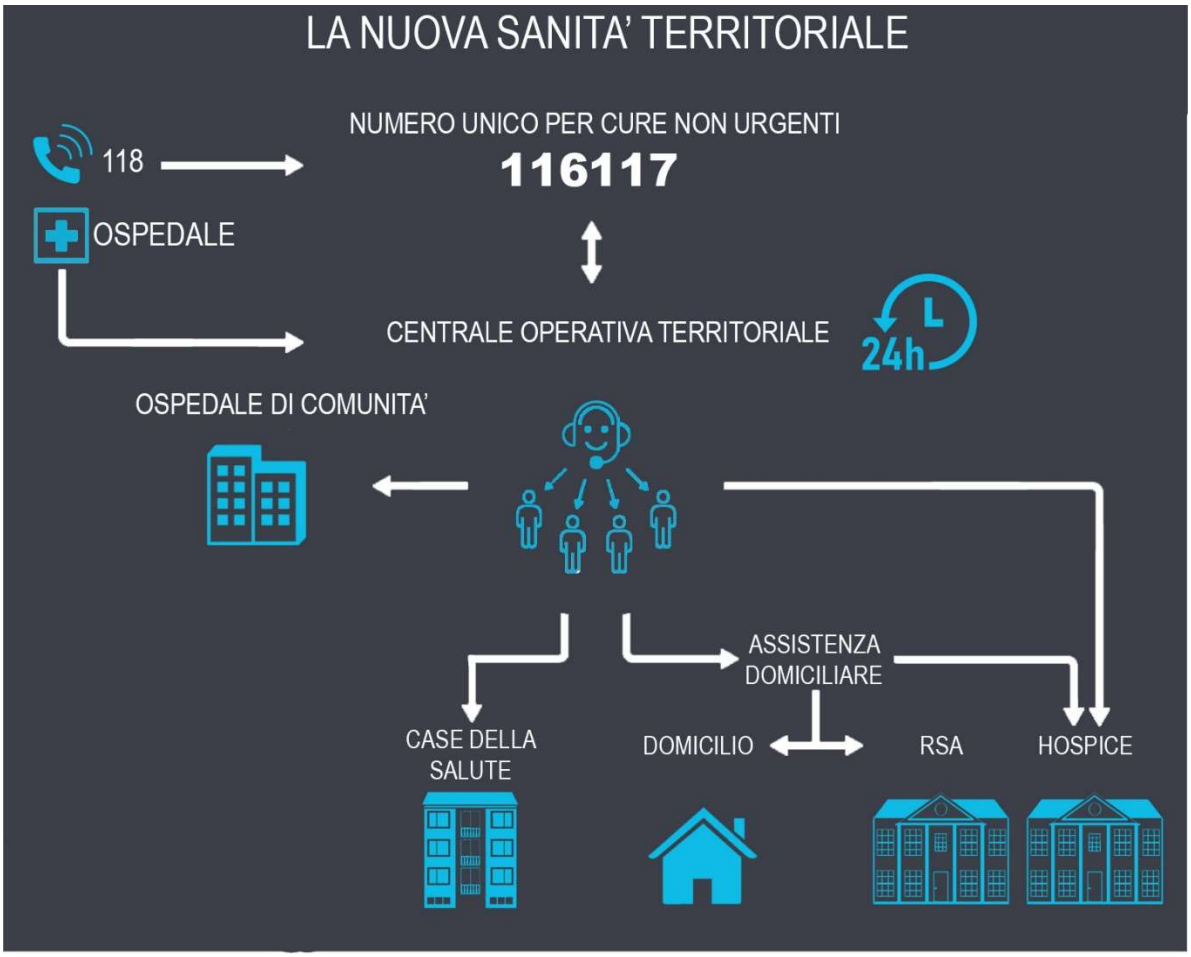
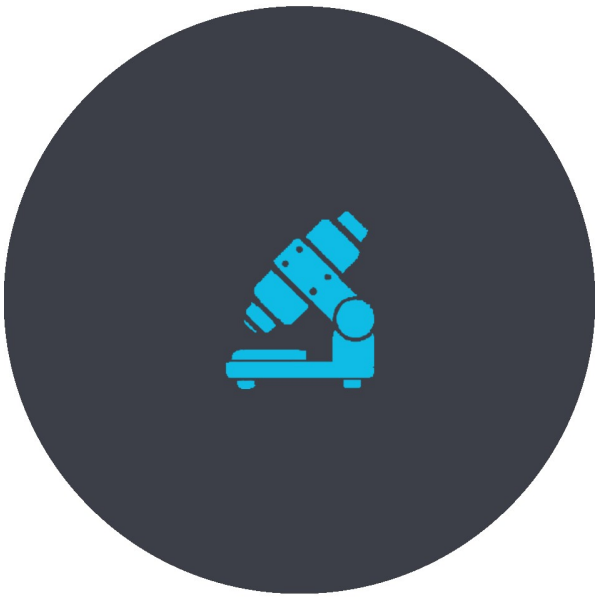


Figura 54. Nuovo modello di Sanità. Fonte: Corriere.it, Elaborazione propria.

6. CASI STUDIO



Per poter sviluppare una migliore strategia di progetto sul caso di Avigliana è stato ritenuto opportuno identificare dei modelli da considerare come punti di riferimento per lo sviluppo progettuale del caso oggetto di tesi.

Questo lavoro di ricerca dei migliori modelli è stato realizzato tramite lo studio di 6 progetti rintracciati su territorio nazionale. Per ciascun esempio è stata redatta una scheda informativa che contiene una sintetica spiegazione del progetto.

I casi studio sono stati scelti secondo nuove direttive riguardanti il tema degli ospedali, la loro umanizzazione, le nuove esigenze emerse con la pandemia e la loro applicazione, analizzando sia progetti realizzati all'inizio del secolo sia progetti ancora da realizzare. Punto in comune di queste strutture è la presenza nel loro contesto, oltre ai luoghi classicamente dedicati alle cure cliniche, anche spazi pensati per il benessere psichico del paziente come aree verdi e ambienti che promuovono la socializzazione .

6.1. POLO PEDIATRICO MEYER
Careggi, Firenze
2000-2007
PROGETTISTI: CSPE

www.cspe.net

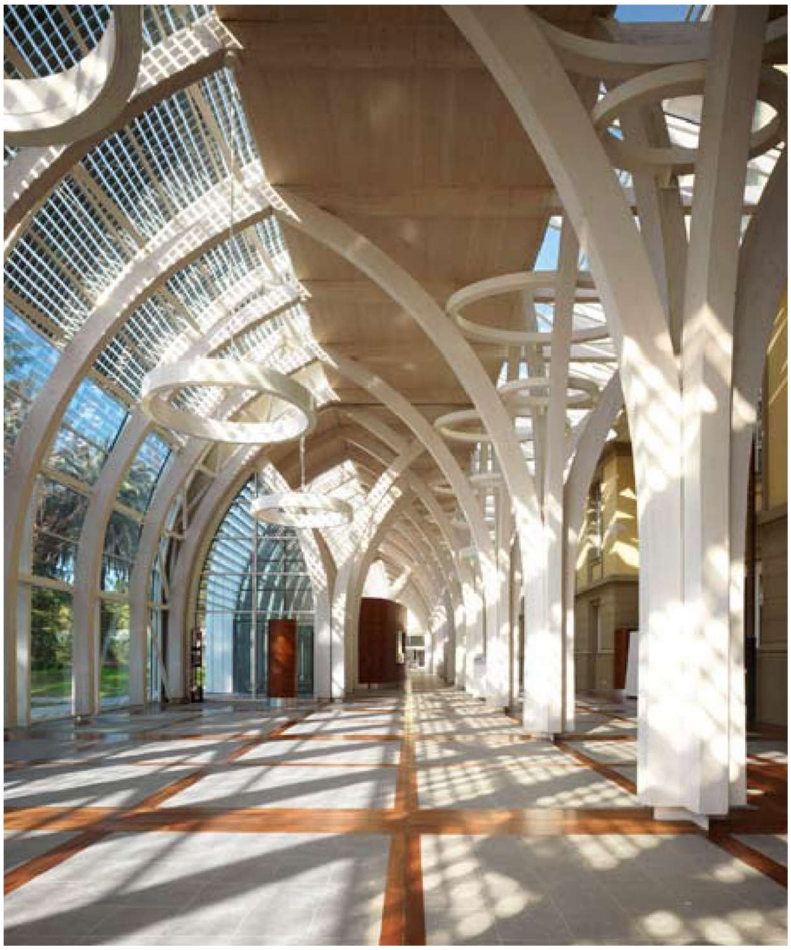


Figura 55. Atrio d'ingresso Polo pediatrico

LOCALIZZAZIONE: L'Ospedale è localizzato in una piccola area ai piedi della collina di Careggi (FI), nel complesso del giardino storico di villa Ognissanti (il primo Istituto per la cura della tubercolosi a Firenze, 1930).

ORGANIZZAZIONE: Il complesso è composto da 7 strutture differenti (1° edificio d'ingresso, 2° edificio d'ingresso, Villa Ognissanti, Palazzina ovest, Palazzina est, Serra e l'edificio ex novo) che si articolano su 3 piani.

DATI DIMENSIONALI: superficie totale 33.694 mq (11.823 mq ristrutturazione; 21.871 mq nuova costruzione) Dotazioni sanitarie: 200 ca. posti letto, 41 punti visita, 5 sale operatorie + 2 day surgery, 9 sale diagnostiche.

Figura 56. Atrio d'ingresso Polo pediatrico

DESCRIZIONE PROGETTO: "La forza del nuovo polo pediatrico fiorentino è quella di rinnovare concetto e costruzione nel settore delle strutture ospedaliere con una 'soluzione mimetica' che rivela grande sensibilità nei confronti dell'ambiente circostante e del costruito preesistente: un parco storico, un'antica villa, una collina di alto pregio paesaggistico. Alta tecnologia e compatibilità ambientale si integrano e stabiliscono reciproche sinergie mirate a trasformare i forti vincoli ambientali in temi progettuali che valorizzano il dialogo tra costruito e natura. È infatti proprio la conformazione della collina di Careggi a far scaturire le prime idee di progetto da cui deriva la soluzione che connota l'identità dell'intervento: osservato dall'alto, l'andamento planimetrico del nuovo padiglione armonizza con il territorio con un disegno che prosegue le naturali curve di livello del terreno e trasforma l'ospedale in un 'brano di collina'. Un ospedale innovativo e sostenibile quindi, che trasforma anche il modo di vivere e gestire gli spazi: all'interno, i materiali, la luce, i colori e la percezione del paesaggio concorrono alla creazione di uno spazio fisico e psichico che re-inventa l'idea di ospedale in termini non più strettamente funzionalisti ma con i nuovi parametri della psicologia dell'infanzia per progettare un ospedale atipico che sarà veramente l'ospedale dei bambini e cioè del futuro. (Fonte: CSPE)"

MATERIALI UTILIZZATI E COMPONENTI: La struttura è stata realizzata con materiali *eco-friendly* caratterizzati da cicli produttivi a basso impatto ambientale, possibilità di riciclaggio, abbattimento dell'inquinamento indoor e, in generale, alta qualità visiva, cromatica e tattile. Particolare è la "serra bioclimatica", con struttura in travi di legno lamellare, ha la caratteristica di avere nella facciata continua un sistema fotovoltaico.

Per la captazione della luce solare, un sistema di lucernari conici hanno il compito di prelevare la luce solare offendo un'illuminazione il più possibile simile alla luce esterna, diffondendola in ogni spazio dell'edificio, raggiungendo sale medicazione, camere di degenza, spazi funzionali del personale e spazi accessori. L'edificio è composto da 3 piani, che hanno la peculiarità di essere sfalsati e rastremati tra loro in modo da creare volumi aggettanti con ampie terrazze coronate dal tetto giardino della copertura.

Da queste parole si capisce come temi come l'umanizzazione*, l'evidence based design*, la luce naturale che filtra all'interno della struttura, il *wayfinding* e il tema del verde all'interno e all'esterno dell'ospedale siano fondamentali per la progettazione di nuove strutture sanitarie.

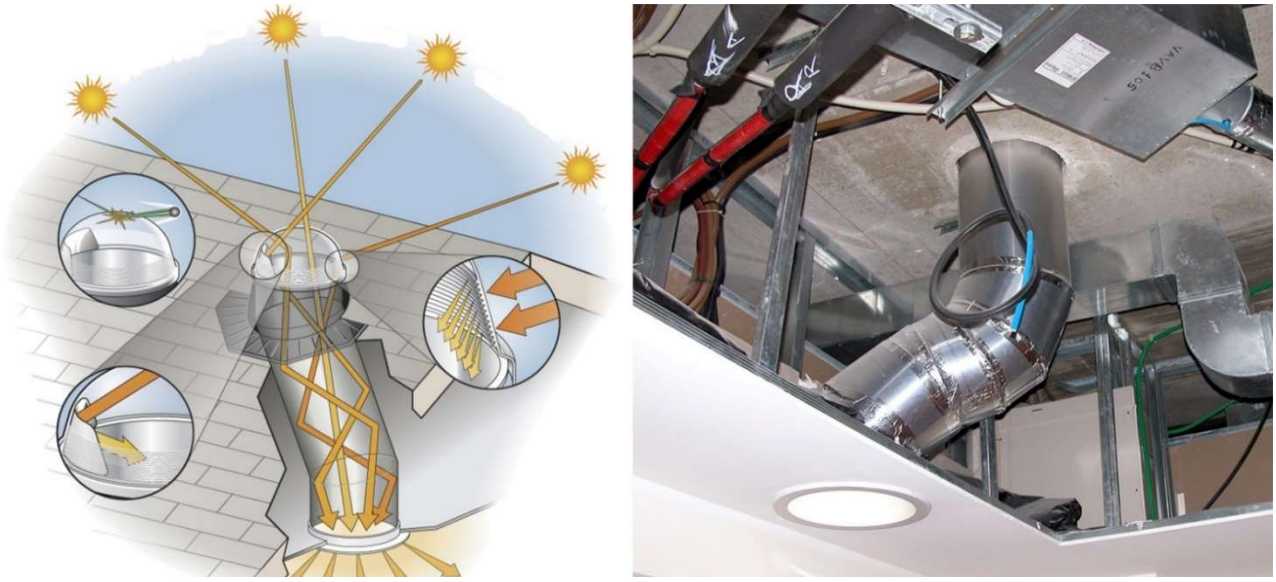


Figura 57. Dettaglio tecnologia lucernari conici per la captazione della luce solare

Figura 58. Esterno del fabbricato

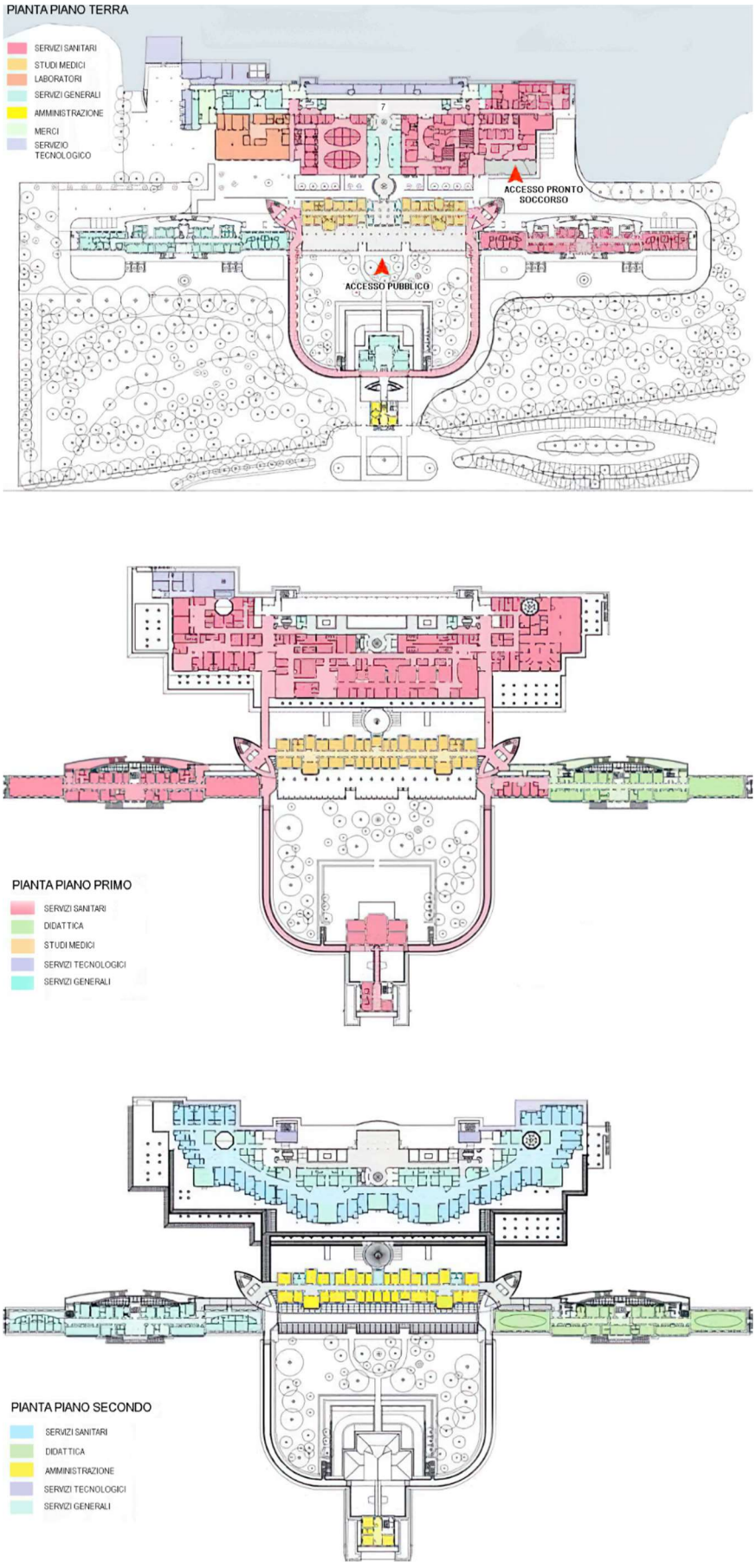


Figura 59. Piante piano terra, piano primo e piano secondo.

6.2. EMERGENCY HOSPITAL 19: UN NUOVO OSPEDALE MODULARE, AUTONOMO, FLESSIBILE E SOSTENIBILE
Rozzano, Milano
2020

https://www.ingenio-web.it
https://www.architetturaecosostenibile.it/

PROGETTISTI: collaborazione tra Humanitas e Techint ed è stato curato dall' architetto Filippo Taidelli.

LOCALIZZAZIONE la struttura sorge vicino al Pronto Soccorso di Humanitas e alla pista d'atterraggio dell'elisoccorso.

ORGANIZZAZIONE: La progettazione si è posta come obiettivo primario la separazione dei percorsi, tra percorsi puliti e percorsi sporchi e per adempiere a questa necessità e per potersi adeguare a situazioni e ambiti differenti, l'Emergency Hospital è composto da 6 moduli di misure standard ma versatili, che possono cioè essere destinati a utilizzi differenti, in breve tempo:
1. Modulo Pronto Soccorso, collocato a nord del fabbricato
2. Modulo O.B.I. e Servizi diagnostici;
3. Modulo Terapia Intensiva;
4. Modulo Servizi accessori e di supporto;
5. Modulo Degenza;
6. Modulo Area Interventistica.

DATI DIMENSIONALI: superficie totale di circa 2.700 mq con 20 posti di terapia intensiva e sub intensiva e degenza da 17 posti letto.

DESCRIZIONE PROGETTO: L'emergenza Covid-19 ha mostrato la necessità di ripensare l'impostazione strutturale degli ospedali, a partire dalla separazione dei percorsi per i pazienti. Emergency Hospital 19 fa parte di un'architettura versatile, universalmente adattabile, di alto contenuto tecnico-formale e scientifico, progettata per rispondere rapidamente sia alle situazioni di emergenza temporanee che alle estensioni permanenti.
È stato costruito in soli tre mesi, grazie ai monoblocchi che permettono anche un rapido smontaggio e trasporto senza le limitazioni della distribuzione dei container.
L'edificio è configurato come un sistema modulare prefabbricato e replicabile, costituito da 6 moduli principali, che corrispondono a specifici usi interni, e altri sotto moduli che consentono una ordinata, misurata divisione dello spazio, incoraggiando l'adozione di soluzioni prefabbricate in grado di ridurre significativamente i tempi di costruzione. Risponde ad un principio di sostenibilità esteso: tecnico, sociale, energetico e ambientale.
Il modulo di base è stato sviluppato per essere energeticamente autonomo, oltre che adattabile a latitudine e contesto.
Le aree verdi sono una parte essenziale del progetto: contribuiscono a mitigare il clima,

diventano parte integrante della gestione dei flussi – in un contesto in cui il distanziamento sociale è una misura preventiva – e uno strumento terapeutico per pazienti e operatori sanitari.
La facciata esterna dell'Ospedale di Emergenza 19 ha una seconda pelle modulare, concepita come un "abito" adattabile alle condizioni climatiche e di immagine richieste dal particolare contesto geografico.

MATERIALI UTILIZZATI E COMPONENTI: L'ambiente ospedaliero dev'essere un espediente per supportare il processo di guarigione: molti fattori legati alla dimensione architettonica dell'ambiente possono influenzare positivamente il processo di guarigione.
Così, seguendo i principi di Umanizzazione e *Evidence Based Design* (Progettazione basata su prove di efficacia), degenze e terapie intensive sono dotate di grandi finestre che consentono al degente di poter godere e trarre i benefici della luce naturale e della vista sul paesaggio, con l'accortezza di non correre il rischio di abbagliamento o surriscaldamento dei locali grazie alla presenza di veneziane e serigrafie esterne al vetro.
Durante un'emergenza, il paziente può trascorrere anche più di 20 giorni in una stanza di degenza, in spazi a volte limitati che non consentono la presenza di altri arredi se non il letto – che diventa giaciglio, sala da pranzo, divano. In questa situazione, comunque da evitare, la finitura dell'involucro interno diventa elemento sensibile per alimentare serenità e tranquillità al malato.
All'interno dell' *Emergency Hospital 19* la carta da parati a strisce pastello multicolori alle pareti di stanze e corridoi si pone come obiettivo quello di rompere la monotonia e continuità tra gli ambienti, portando idealmente il malato in una spensierata atmosfera e contribuendo così a una miglior degenza.
Così come i pavimenti, che dissimula un deck di legno continuo, e la progettazione della luce artificiale con le sorgenti di luce con temperatura di colore calda (3000 k) che contribuiscono a creare un'atmosfera più avvolgente, ricreando il calore di casa e supportando così il ricovero del malato.

Figura 60. Scelta dei materiali per le finiture interne.

Figura 61. Rendering esterno.

Figura 62. Vista aerea.

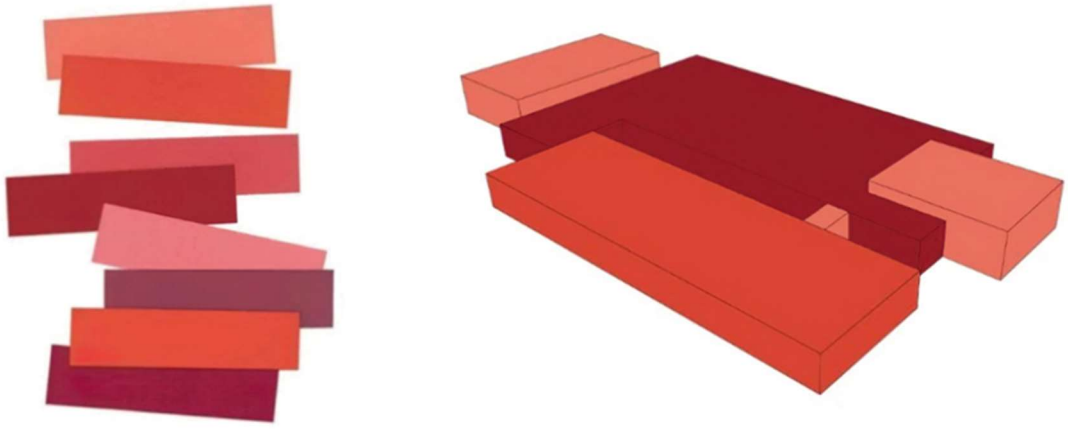


Figura 63. Concept progettuale.

6.3. OSPEDALE DELL'ANGELO
Mestre, Venezia
2005-2007

www.emilioambaszandassociates.com
www.studioaltieri.it

PROGETTISTI: Studio Altieri, Emilio Ambasz

LOCALIZZAZIONE: L'edificio è ubicato a Mestre, in località Zelarino, all'interno di una vasta area.
L'Ospedale è facilmente accessibile dalla tangenziale, posta a poco più di un kilometro, e da una vicina linea ferroviaria.

ORGANIZZAZIONE: La struttura ospedaliera è composta da corpo contenente le degenze che si eleva per sette piani al di sopra di una piastra ospitante la hall e un'ampia varietà di specie vegetali. Questa piastra è composta da due livelli seminterrati ed uno interamente interrato.
Adiacente alla piastra vi è un edificio semicircolare dedicato ai servizi ospedalieri.
DISTRUIBUZIONE:

- Piano -1 (interrato): Spogliatoi personale, trasporti automatizzati, Parcheggio dipendenti, Radioterapia.
- Piano terra (seminterrato): Parcheggio visitatori, Pronto Soccorso, Rianimazione, Fisioterapia, blocco operatorio, Ecografie, Endoscopia, Anatomia patologica, Medicina Nucleare
- Piano 1 (seminterrato): Reception, Ingresso, Bar, Aree di commercio, Ristorante, servizi religiosi, laboratorio di analisi e punto prelievi
- Piano 2: Ambulatori, Day Hospital, direzione sanitaria, studi medici
- Piano 3: Sale di degenza Cardiologia, Testa-Collo
- Piano 4: Sale di degenza Materno-infantile, blocco parto
- Piano 5: sale degenza di Chirurgia
- Piano 6: sale degenza di Medicina
- Piano 7: sale di degenza malattie infettive, Psichiatria

DATI DIMENSIONALI: 680 posti letto con l'intervento su un'area complessiva di 240.000 mq, con la realizzazione di una struttura di 151.802 mq (di cui 127.000 mq emersi)

DESCRIZIONE PROGETTO: Si tratta dell'ospedale tecnologicamente più avanzato e all'avanguardia d'Italia e tra i primi in Europa. Questo progetto ha vinto su altri dal design più convenzionale, perché si è capito che la struttura di un ospedale dovrebbe essere concepita come parte del processo di guarigione.
L'ospedale è composto da un progressivo sfalsamento dei piani di degenza di 2.50 metri verso Sud Est: questo permette, nel prospetto opposto, 2 caratteristiche situazioni: la prima è quella di creare dei terrazzamenti che aumentano lo spazio di pertinenza delle singole camere e dotandole di giardino interno, la seconda è quella

di diminuire il disturbo dovuto all'irraggiamento solare, grazie alla zona d'ombra creata dall'aggetto dei piani.

L'elemento che coniuga la piastra al piano terra con le stanze di degenza è una vetrata, alta e lunga quanto l'edificio, e che genera un ampio e luminoso atrio che ospita un caratteristico giardino interno, come una grande serra, su cui si affacciano tutti i servizi dell'Ospedale.

Altro compito della vetrata è quello di migliorare il comfort ambientale nelle camere di degenza ponendosi come filtro al rumore derivante dalla linea ferroviaria.

L'area esterna dell'Ospedale è dotata di un parco con due grandi bacini d'acqua che contribuiscono a migliorare l'effetto paesaggistico, oltre a svolgere importanti funzioni quale serbatoio in caso di incendio e regolazione idraulica.

I visitatori che arrivano in auto entrano nell'Ospedale da una rampa verde sotto il quale le auto vengono parcheggiate e i visitatori posso entrare direttamente nella Hall attraverso un sistema di scale mobili e ascensori che funge anche da sala accoglienza per i pazienti di giorno.

Figura 64. Atrio d'ingresso

Figura 65. Concept progettuale

Figura 66. Passeggiata interna nell'atrio1

Figura 67. Vista Esterno

6.4 HOSPICE PEDIATRICO DI BOLOGNA
In progetto

www.ingenio-web.it
www.archotetturasostenibile.it

PROGETTISTI: Renzo Piano Building Workshop

LOCALIZZAZIONE: Il progetto dell'Hospice pediatrico sorge accanto al presidio Bellaria, uno dei quattro ospedali pubblici della città di Bologna, in una vasta area boscata che diventa parte fondamentale del piano di lavoro.

ORGANIZZAZIONE: L'Ospedale è una struttura composta da 1 corpo centrale, un quadrato di 47.5x47.5 m, che si sviluppa per 4 piani, e 3 corpi satelliti più piccoli di dimensione 14x14 m, che ospitano camere singole per i pazienti. Il corpo centrale e i padiglioni laterali sono collegati con il corpo centrale tramite dei corridoi sopraelevati di 6 metri dal suolo.
Il blocco centrale è stato concepito come luogo di gioco e socializzazione dei pazienti, ma ospita altre funzioni per lo svago come una palestra, una piscina per idroterapia e sale dedicate alla meditazione, oltre alle sale di attesa e gli Ambulatori.
La struttura ha come obiettivo quello di ricercare il delicato inserimento nel luogo anche attraverso la progettazione dei materiali, come il rivestimento in legno che si va a posare sopra le vetrate opache.

DATI DIMENSIONALI: L'ospedale ha una superficie che si estende per 4500 mq e ospita 14 camere singole con bagno privato per i degenti. Inoltre nei corpi satellite sono presenti anche 2 stanze per i genitori.

DESCRIZIONE PROGETTO: Il progetto si basa sulla tendenza degli ultimi anni, ovvero quello di progettare strutture sanitarie immerse nella natura per favorire il benessere psico-fisico dei degenti. In questo caso, la struttura è destinata ai bambini affetti da malattie rare ed incurabili.
I fruitori della struttura, quindi, sono i bambini, e da qui deriva il concept del progetto. L'idea è quella di creare una "casa sull'albero" perché è un impianto sospeso che si articola tra le chiome del bosco.
L'edificio così realizzato, come spiega il suo progettista, "richiama quello che è il sogno di ogni bambino. Gli alberi sono poi metafora di guarigione; danno l'idea di sollevare, cioè tolgono peso al dolore".

Inoltre, la scelta delle modalità di collocazione del progetto contribuisce al benessere bioclimatico. L'inserimento dell'edificio all'interno di un bosco con la meticolosa scelta di specie vegetali, con un mix tra sempreverdi e caducifoglie, permette il controllo della radiazione solare, offrendo così alla struttura l'ombra nei periodi caldi e la penetrabilità della luce in quelli più freddi.

L’adozione di ampie vetrate, altro parametro fondamentale per la progettazione di strutture sanitarie, consente ai pazienti di avere contatto più diretto con la natura.

Figura 68. Vista esterna con evidenziate le altezze dei corpi.

Figura 69.Vista Aerea, la distribuzione dei corpi di fabbrica con evidenziati i collegamenti.

6.5 OSPEDALE MAGGIORE POLICLINICO DI MILANO
In progetto

www.ingenio-web.it
www.archotetturasostenibile.it
www.niiprogetti.it

PROGETTISTI: Studio Boeri

LOCALIZZAZIONE: L'Ospedale Maggiore, a opera dello studio Boeri, sorge in una zona ad alto valore simbolico e monumentale, in cui primeggia la grande dimensione. Ca' Granda, Rotonda della Besana, Palazzo di Giustizia, Complesso Ecclesiale di San Barnaba, Scuola Umanitaria, Complesso sanitario di via della Pace e Caserma di via Lamarmora rappresentano i grandi oggetti urbani, centrati in una porzione di spazio ridotta e poco interconnessi tra di loro ma senza perdere la loro valenza pubblica e architettonica. A incrementare il carattere poroso e frammentario dell'area contribuisce l'Ospedale Maggiore, composto da differenti padiglioni che ospitano funzioni pubbliche connesse ma fisicamente separate dalla maglia viaria.

ORGANIZZAZIONE: l'Ospedale è composto da 3 diversi padiglioni dedicate a funzioni sanitarie connesse ma separate fisicamente tra di loro.
La piastra, chiamata anche Central Building, si colloca tra le due stecche e si innalza per 18 metri, ospitando un giardino pensile sulla copertura, caratteristico del complesso, per una superficie di 7000mq. Al suo interno include i servizi sanitari principali come sale parto, sale operatorie, servizi di diagnostica ed endoscopia per un totale di 21 sale operatorie e nei sotterranei saranno previsti le grandi macchine della Radiologia e della Neuroradiologia, insieme alla Radiologia Interventistica.

La stecca a Sud, che si innalza per 7 piani, sarà dedicato alle esigenze di alcune fasce di popolazione offrendo servizi come il Pronto Soccorso ostetrico-ginecologico, il Soccorso Violenza Sessuale e Domestica, il Pronto Soccorso Pediatrico, quindi servizi dedicati a donne, coppie e bambini. Al fine di garantire il miglior comfort ai pazienti, i piani alti racchiudono le degenze, mentre i primi livelli funzioni più articolate.

Il Blocco Nord sarà invece dedicato alle attività medico-chirurgiche: ci sarà un'Area Polispecialistica Medica, per pazienti cronici e fragili e per persone con malattie rare, un'Area dedicata alla Chirurgia Generale e alle Chirurgie Super-Specialistiche, con particolare attenzione all'area dei Trapianti.

DATI DIMENSIONALI: La struttura nel suo complesso si estende per 22mila mq ospitando 900 posti letto.

DESCRIZIONE PROGETTO: Anche in questo caso, il progetto si basa sulla tendenza degli ultimi

anni, ovvero quello di progettare strutture sanitarie immerse nella natura per favorire il benessere psico-fisico dei degenti.

La particolarità del progetto consiste sicuramente nel vasto giardino pensile presente all'ultimo piano del Central Building.

Il giardino oltre a contenere una ampia varietà di specie, spazi di gioco e di relax; ospiterà inoltre percorsi di riabilitazione per i pazienti, laboratori di cura dell'orto per pazienti oncologici, aree dedicate alla *pet therapy* e allo yoga.

Figura 70. Vista aerea. Si nota chiaramente il tetto giardino con fitta vegetazione.

Figura 71. Vista Aerea. Differenziazione delle varie zone e dei collegamenti.

7. PROGETTI DI SANITÀ TERRITORIALE

7.1 L'UMANIZZAZIONE DEI LUOGHI DI CURA

Con il termine Umanizzazione – collegato con il concetto di Umanesimo - si intende quella corrente di pensiero volta al rispetto della dignità umana che pone come obiettivo il soddisfacimento delle esigenze dell'uomo. Quindi, come Umanizzazione nei luoghi di cura, si intende quel concetto secondo cui il paziente, non è visto solamente come malato, ma come persona che conserva la socialità e la dignità, preservando sia il benessere fisico che quello psicologico.

Questa premessa è necessaria in quanto il secolo scorso è stato fortunatamente caratterizzato da una rapida evoluzione della ricerca in campo medico, ma, se da una parte questo ha portato a un netto miglioramento del percorso di diagnosi e cura, dall'altro ha contribuito a spersonalizzare il rapporto medico-paziente, incentrato più sulla conoscenza della malattia piuttosto che le esigenze dell'individuo. Un ruolo importante nel processo di umanizzazione dell'iter diagnostico-terapeutico è rappresentato, pertanto, dalla cura relazionale tra il paziente e il personale sanitario ma anche dall'attenzione che si presta nella realizzazione degli ambienti in cui questo percorso avviene.

"Accogliere significa tener conto non solo della dimensione biologica e personale del paziente, ma anche della dimensione relazionale con l'ambiente e con le altre persone. Ciò comporta rendere possibile e dare significato alla relazione medico/paziente, alle relazioni con il personale infermieristico e paramedico, con gli altri pazienti, con l'ambiente fisico interno e con il mondo esterno, riconoscendone le valenze all'interno del processo terapeutico"[37].

Lo spazio architettonico, pertanto, non deve essere inteso solo come un "contenitore", ma come strumento attivo che può influenzare in un senso o nell'altro il processo di cura.

"La traduzione e l'esplicitazione del requisito di benessere passa attraverso un'attenta caratterizzazione delle strutture edilizie, degli ambienti dedicati ai pazienti, al personale e ai visitatori, ma anche attraverso articolazioni spaziali in grado di consentire migliori le relazioni dei pazienti tra loro, con il personale e i visitatori. Inoltre distribuzioni funzionali con l'obiettivo di migliorare l'efficienza del personale, e poi studio di elementi, materiali colori, luci, suoni, in grado di replicare il calore di casa e così incrementando il grado di accoglienza e comfort delle strutture stesse"[38].

Nel 1946 l'OMS definisce il concetto di salute affermando che "La sanità è uno stato completo di benessere fisico, mentale e sociale, e non consiste solo in un'assenza di malattia o d'infermità"[39].

[37] Spinelli F., Bellini E., Bocci P., Fossati R., Lo spazio terapeutico. *Un metodo per il progetto di umanizzazione degli spazi ospedalier*i, Firenze: Alinea, 1994, p 24.

[38] Ferrante T.*, Hospice: luoghi, spazi, architettura*, Firenze: Alinea, 2008

[39] Centro regionale di Documentazione per la Promozione della Salute, *Glossario O.M.S.Della Promozione della Salute*, in Eena Barbera, Claudio Tortone, 2012, p. 1

Nel 1986 ad Ottawa viene formulata la "Carta della promozione della salute", dove nel documento finale si afferma: "La promozione della salute è il processo che conferisce alle popolazioni i mezzi per consentire un maggior controllo sul livello di salute. Questa modalità deriva da nozioni che definiscono la salute come misura in cui un gruppo o un individuo possono, da un lato, realizzare le proprie ambizioni e soddisfare i bisogni e dall'altro, evolversi con l'ambiente o adattarsi a questo. La salute è dunque percepita come risorsa della vita quotidiana e non come il fine della vita: è un concetto che mette in valore le risorse sociali e individuali, come le capacità fisiche. Così facendo, la cura non è legata soltanto al settore sanitario".[40]

La Carta di Ottawa diviene modello e preso come linee guida in tutto il mondo per lo sviluppo della promozione della salute e questa politica è ripresa in tutti gli appuntamenti che da quel momento in poi si sono succeduti.

In Italia bisogna aspettare il marzo del 2001, quando la commissione istituita dall'allora Ministro della Sanità Umberto Veronesi, con il coordinamento dell'architetto Renzo Piano elabora "Il nuovo modello di Ospedale", in cui nel concetto di umanizzazione vengono inseriti gli aspetti architettonici con pari dignità a quelli strettamente sanitari.

Nel nuovo modello, inteso come struttura polifunzionale e multi-specialistica a elevata attività diagnostica, terapeutica e di ricerca, si ipotizza una struttura sviluppata prevalentemente in orizzontale con un numero massimo di quattro piani, realizzata in zone periferiche della città per favorire la riqualificazione di aree e rinvigorirne le attività. Il modello Piano-Veronesi rappresenta una vera innovazione in quanto fondato su una visione paziente-centrica, pretendendo che i luoghi di cura siano non solo strutture altamente funzionanti ma anche accoglienti e familiari. Renzo Piano immagina la struttura sanitaria ideale immersa nel verde, circondata da alberi alti quanto l'edificio, con un aspetto piacevole ed accogliente già dall'ingresso, in modo da dare la sensazione a chi vi accede che si entra per stare meglio e non per soffrire.

IL DECALOGO DI VERONESI E PIANO

Questi i principi ai quali, secondo il pensiero di Veronesi, deve essere costruito un ospedale, ripresi poi anche da Renzo Piano, che ha progettato il modello di ospedale del futuro.

"Abbiamo strade, automobili, alberghi, ristoranti, autogrill, aerei, treni di buon se non ottimo livello. Perché dovremmo tollerare oltre, proprio quando siamo ammalati più fragili e deboli, di entrare in ospedali indecorosi ed opprimenti?"[41]

Questi in sintesi principi fondamentali[42]:

- Umanizzazione: Il malato deve essere posto in un ambiente a misura d'uomo, sicuro e confortevole, in cui sia garantita la privacy e un diffuso senso del

[40] Carta di Ottawa, 1986, p.1

[41] Maurizio Mauri, Umberto Veronesi, *Il nuovo modello di Sanità*, 2001, p XII

[42] Umberto Veronesi, Maurizio Mauri*, Costruiamo l'ospedale*, 2011, p. 64

benessere all'interno dell'ospedale. Deve essere informato e guidato. Non deve vivere a stretto contatto con gli altri malati. Deve avere la possibilità di ricevere le visite di parenti e amici a qualsiasi ora.

- Urbanità: L'ospedale non deve essere avulso dal centro cittadino, ma piuttosto diventare un prolungamento della città, cioè essere un "Ospedale aperto".

- Innovazione: L'ospedale deve essere flessibile, pronto a cambiare a seconda delle esigenze sotto tutti i punti di vista: terapeutico, tecnologico, organizzativo e formale.

7.1.2 IL TEMA DEL *WAYFINDING*

Ma l'area dedicata all'accoglienza e all'accettazione rappresenta la vera nota innovativa del progetto. La particolare attenzione dedicata a quest'area è giustificata dal concetto che essa rappresenta, secondo Piano-Veronesi, il biglietto da visita di quel luogo e interfaccia tra ospedale e paziente. L'ingresso deve essere ben visibile dall'esterno, deve accogliere l'utente in uno spazio ben illuminato, deve offrire un chiaro accesso all'area dedicata all'accettazione ed alle informazioni. Particolare cura deve essere prestata alla segnaletica in modo da orientare in modo chiaro e preciso; le insegne e i percorsi colorati oltre a facilitare l'orientamento possono rendere l'ambiente più accogliente e meno ostile. La *hall* di un luogo di cura dovrebbe offrire tutti quei servizi comuni nella quotidianità in modo da rendere quel luogo il più possibile familiare e ammortizzare in questo modo lo stress del distacco (anche se temporaneo) con le proprie abitudini.

7.1.3 I GIARDINI TERAPEUTICI

Il valore degli spazi verdi nella sanità sta piano piano acquisendo sempre più di importanza grazie a numerosi studi scientifici che dimostrano che occuparsi attivamente della cura del verde o anche solo godere passivamente della natura che ci sta intorno, migliora significativamente lo stato psico-fisico dell'individuo.

È anche di questo che l'architettura moderna deve tener conto nel progettare una struttura sanitaria, al fine di aumentare e rendere piacevoli gli spazi interni ed esterni di ogni luogo di cura, progettare le aree verdi come parte integrante e complementare dell'edificio, in quanto fattori importanti nel percorso di guarigione.

Dall'esperienza americana, che negli anni 80-90 dimostrò attraverso degli studi scientifici l'effetto positivo che le aree verdi hanno sia sui pazienti che sul personale addetto alle cure, nasce il concetto di giardino terapeutico, ma anche una sua successiva suddivisione a seconda della loro ubicazione e utilizzo.

Sono infatti americani i termini utilizzati per definire, anche in Italia, i diversi tipi di giardino terapeutico:

Con il termine di *Healing garden* si intende genericamente un giardino realizzato in ambiente sanitario che ha la finalità di agevolare il percorso di cura del paziente, alleviare lo *stress* degli operatori sanitari, essere gradevole per i visitatori. Può essere diviso in più settori a seconda dell'uso

a cui è destinato, uso che può essere attivo o passivo. L'uso attivo coinvolge l'utente in tutta una serie di attività eseguite sotto il controllo di personale specializzato (ortocoltura, attività fisica all'aperto, esperienze sensoriali); l'uso passivo, invece, vede l'area progettata solo per rendere piacevole la sosta e/o l'attraversamento da parte del fruitore.

Sulla base di ciò possiamo avere diversi tipi di giardino terapeutico:

Therapeutic garden, si intende un'area verde in cui è possibile realizzare alcuni tipi di attività finalizzate alla cura di patologie acute o croniche attraverso l'attività fisica adattata o attraverso stimoli psicologici conseguenti alla cura del verde.

Horticultural Therapy Garden, è un tipo di giardino terapeutico in cui il paziente viene stimolato alla realizzazione e alla cura di un orto, grazie alla guida di personale qualificato.

Restorative Garden, è un giardino in cui attraverso il ristoro e la meditazione è possibile riequilibrare le energie mentali ed attenuare i disagi psicologici. Non prevede attività all'interno di esso ma solo la sosta.

Sulla base di ciò, la progettazione per un valido giardino dove l'utenza è anziana deve passare per forza di cose per tutti e tre i tipi di giardino, quindi prevedere diversi tipi di attività.

Gli studi del prof. Roger S. Ulrich, effettuati negli anni 80[43], hanno dimostrato non solo che la cura del verde intorno alle strutture sanitarie migliora la qualità della vita di pazienti ed operatori sanitari, ma anche che questo fattore, dove presente, riduce i costi dell'assistenza sanitaria, sia per una più veloce guarigione dell'utente che per una maggiore efficienza degli operatori

Il testo "Healing garden. Therapeutic benefits and design recommendations"[44], riporta numerosi studi medici che dimostrano come la creazione di aree verdi nelle strutture sanitarie contribuiscono ad abbassare la pressione arteriosa e la percezione del dolore.

Lo stesso Ulrich, nel 1984, ha pubblicato i risultati di uno studio condotto su alcuni pazienti di un ospedale della Pennsylvania, affetti dalla stessa patologia (esiti di colecistectomia) e senza altre patologie che potessero confondere i risultati.

In questo studio[45] un gruppo di pazienti è stato ricoverato in camere con vista sul giardino, ed un altro gruppo in camere con vista su un muro di soli mattoni. L'esperimento ha dimostrato come i pazienti con vista sull'area verde abbiano avuto meno complicazioni post -operatorie, abbiano fatto ricorso a una quantità minore di farmaci antidolorifici e ansiolitici e siano stati ospedalizzati un numero minore di giorni (7,96 contro 8,70).

[43] Ulrich R., Zimring C., Joseph A., Quan X., Choudhary R., *The Role of the Physical Environment in the Hospital of the 21st Century: A once-in-a-lifetime opportunity*, 2004

[44] Clare Cooper Marcus, Marni Barnes, *Healing Gardens. Therapeutic benefits and design recommendations*, Jonh Wiley and Sons, Inc, 1999

[45] Ulrich R., *View Through a Window May Influence Recovery from Surgery*, in Science, 1984, vol. 224, p. 420-421.

Successivamente, nel 1993, il prof. Ulrich, insieme a due colleghi, dimostrò come anche solo la vista di quadri ed immagini che rappresentano scene tratte dalla natura ottenevano buoni risultati su ansia e dolore, mentre la vista di figure astratte o geometriche ne aumentano l'intensità[46].

Anche la dott.ssa Cristina Borghi, medico-chirurgo, nel suo libro "Il giardino che cura"[47], dimostra come in ciascun individuo corpo e mente siano strettamente collegati e di conseguenza, come le emozioni, negative o positive, possano influenzare negativamente o positivamente la qualità della salute. Afferma inoltre, che il contatto con la natura, entrando questa in relazione con il binomio mente-corpo, può influenzare la nostra fisiologia, stimolare le difese immunitarie e modificare la risposta dell'organismo allo *stress*.

RUOLO DELLE AREE VERDI NELLE CASE DELLA SALUTE

Le case della salute sono strutture realizzate per la cura della cronicità sul territorio, essendo sede di erogazione di una variegata tipologia di servizi, dal centro prenotazioni ai poliambulatori specialistici passando attraverso lo sportello di assistenza sociale e comprendendo anche la semi-residenzialità (CAVS), la Casa della Salute è destinata a diventare punto di incontro e di passaggio di una fetta importante della popolazione. E come ogni luogo di cura, anche la CdS diventa un ambiente in cui gravita un numero consistente di soggetti sensibili e resi fragili dalla malattia.

Il giardino, inserito in strutture che vedono l'utilizzo da parte di soggetti colpiti da patologie croniche, può avere, come abbiamo visto, effetti benefici sull'andamento della malattia, in quanto favoriscono le emozioni positive legate al ricordo di quell'ambiente, migliorano la *compliance* del malato alle cure, facilitano la socializzazione, permettono, a chi vi soggiorna per più giorni (CAVS) di godere di un ambiente vivo e rasserenante.

Nella società dei consumi odierna, con attività frenetiche e aggressioni contro la natura, i giardini sono più che mai necessari come luogo per curare molte malattie umane. L'orto urbano può migliorare la vita del quartiere, proprio come il giardino accanto all'ospedale, che solo vederlo può rendere felice la vita dei pazienti. La bellezza e l'armonia della natura forniscono supporto spirituale e materiale a coloro che hanno completamente cambiato la loro vita a causa di una grave malattia. Con gli enormi contributi di medici e altri esperti in discipline simili, gli architetti stanno affrontando gravi problemi che fanno soffrire una parte della nostra società di malattie curabili a breve e lungo termine, o che soffrono di malattie degenerative. Qualunque sia il tipo di giardino che si voglia realizzare, è necessario che tale spazio venga progettato in modo tale da essere percepito

[46] Ulrich R., Lunden O., Eltinge J., *Effects of exposure to nature and abstract pictures on patients recovering from heart surgery in Psychophysiology*, 1993 vol. 30. P. 7

[47] Cristina Borghi, *Il giardino che cura. Il contatto con la natura per ritrovare la salute e migliorare la qualità della vita*, Giunti Editore, 2007

dall'utente come luogo familiare e accogliente e che lo invogli a utilizzarlo.

La scelta del sito deve tener conto della esposizione al sole, prevedendo delle zone con vegetazione ombreggiante sempreverde e zone a vegetazione stagionale a foglia caduca che offra ombra estiva ma la possibilità di godere del sole nei mesi più freddi.

Caratteristica fondamentale diventa, anche l'assenza di barriere architettoniche, caratteristica che permette alla popolazione più anziana di avere accesso all'area verde sia con strumenti di appoggio, (bastoni) che con carrozzine a rotelle. I percorsi devono essere senza ostacoli, non presentare dislivelli e irregolarità del terreno per minimizzare al massimo i rischi di caduta. A tal fine diventa importante garantire una buona presenza di sedute per favorire una comoda sosta. È preferibile inserire le sedie ad angolo retto o a ferro di cavallo in modo da favorire la conversazione e ridurre al minimo i movimenti di collo e busto.

A tutto ciò possono essere aggiunti arredi di vario genere, dai tavolini funzionali all'appoggio di oggetti, ad attrezzi per lo svolgimento di attività fisica all'aperto, a fontane con eventuali giochi d'acqua.

Una buona progettazione dell'impianto di irrigazione favorirà la crescita rigogliosa delle piante e ne faciliterà la manutenzione.

7.2 IL PROGETTO

Come trattato nell'analisi SWOT (capitolo 5.4), la zona di progetto si presente con diverse criticità ma anche con diversi punti di forza e diverse opportunità. L'attività di progetto si dovrà quindi concentrare a risolvere il più possibile i punti di debolezza, cercando di sfruttare al massimo le opportunità e i punti di forza.

Per fare questo il progetto proposto cerca di intervenire su più livelli, sia a scala architettonica che a scala urbana, tenendo conto dell'ambiente circostante per il miglioramento dell'accessibilità e la fruibilità della struttura.

La strategia d'intervento si muoverà quindi su una triplice direzione: la prima sarà la rifunzionalizzazione di alcune zone della CdS, con l'utilizzo di spazi ora inagibili o poco funzionali al modello di struttura sanitaria; la seconda sarà il rimodellamento dell'area di progetto, seguendo le indicazioni che sono emerse dall'analisi precedente, e in ultimo ci sarà il miglioramento ed efficientamento dei servizi di trasporto pubblico.

L'intento progettuale è quindi quello di dare origine a nuovi servizi, affinare quelli già esistenti nella città e renderli godibili comodamente a tutte le fasce d'età oltre a ripensare la struttura secondo a nuovi modelli di accoglienza sanitaria, tenendo anche conto delle emergenze venutasi a creare in questi mesi di pandemia.

Il progetto sarà redatto grazie alla collaborazione del comune di Avigliana, che ha messo a disposizione le planimetrie del territorio e grazie all'Ufficio patrimonio dell'ASL To3 che ha messo a disposizione il materiale necessario per stesura del progetto.

Prima di procedere con la descrizione della proposta progettuale, è necessario fare una premessa. Durante questo lavoro di tesi ho avuto modo di conoscere diversi operatori della sanità, che siano essi medici, infermieri o operatori socio-sanitari e quello che è emerso come prima necessità in modo perentorio è la mancanza cronica di personale. Come già descritto, infatti, alcuni reparti della struttura sono stati chiusi nel corso degli anni, e a maggior ragione durante l'emergenza Covid, per poter concentrare il personale in strutture più dotate dal punto di vista delle dimensioni e dal punto impiantistico e tecnologico.
Il lavoro progettuale si limiterà quindi a risolvere le problematiche emerse sia a scala urbanistica che a scala architettonica, atti a migliorare la fruizione della struttura, con la consapevolezza però che la carenza più grande è a livello delle risorse umane.

7.3 LA NUOVA VIABILITÀ PUBBLICA

Come analizzato al capitolo 3.2.4, il sistema dei trasporti all'interno del distretto e all'interno della città di Avigliana è carente, penalizzato dalle lunghe distanze da percorrere e dalla bassa densità abitativa del luogo.

Le corse attuali, ogni ora circa, non rendono conveniente l'utilizzo di questo tipo di mobilità per chi ha la necessità di colmare le distanze, e così spesso l'unica soluzione è il trasporto privato.
Le possibilità per ovviare a questo problema sono principalmente due: o si considera un rafforzamento delle linee di collegamento oppure si pensa a un potenziamento del numero delle corse giornaliere. In realtà, c'è anche un terzo sistema, più innovativo e adatto a questa realtà.
Il sistema proposto PersonalBus™ (trattato al capitolo 3.4) permette di offrire alla popolazione alcune tratte nelle quali le corse avverranno solamente tramite chiamata e prenotazione da parte di un numero minimo di passeggeri, ottimizzando in questo modo le corse. Questo nuovo servizio verrà chiamato *Sanibus*.

Per incentivare e consentire una adesione in modo capillare sul territorio, e per consentire di prenotare le corse anche da *app* per *smartphone,* si considera la possibilità di installare un servizio *wi-fi* gratuito in ogni fermata di autobus, in modo inoltre di creare una rete *wi-fi* pubblica che possa contribuire a offrire un servizio aggiuntivo non solo ai fruitori del sistema Sanibus ma a tutta la popolazione ed avere un'utilità anche sotto il profilo turistico.

Il nuovo sistema per la viabilità pubblica sfrutterà le fermate che sono ad oggi esistenti in modo da rendere il percorso il più semplice e lineare possibile, senza creare stravolgimenti alle abitudini della popolazione soprattutto a quelle fasce di età più anziane in genere più restie alle novità.

Figura 72. Fermate Sanibus

7.4 IL POLO SANITARIO

VEDI TAVOLA 1 – MASTERPLAN

Operando invece a scala Architettonica, l'avanzamento del progetto si è concentrato sul Polo Sanitario in sé.

La proposta progettuale si pone due difficili obiettivi.

Il primo è sicuramente quello di rispondere alle problematiche emerse dall'analisi preliminare e riportate dall'analisi SWOT trattata al capitolo 5.4.

In secondo luogo, l'obiettivo è quello di rispondere alla difficile situazione creatasi in questo momento di pandemia, ma nel contempo cercare una progettazione secondo le linee guida emerse negli ultimi anni.

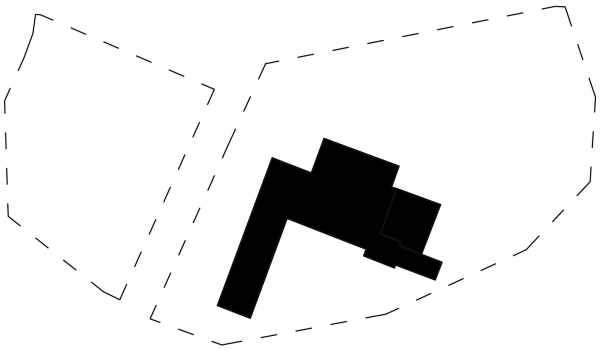
Entrando nel dettaglio il progetto cerca di lavorare sugli spazi esterni, cercando di risolvere le problematiche relative al parcheggio, demolendo il basso fabbricato dedicato all'oculistica (fig. 44) per alla faticosa accessibilità dell'ingresso da parte degli anziani e non autosufficienti e alla mancanza di spazi verdi pertinenziali.

All'interno della struttura invece l'obiettivo principale sarà quello di adeguare la struttura, non concepita come destinazione sanitaria, ad una migliore fruizione migliorando parametri oggi fondamentali come il *Wayfanding* e l'inserimento di spazi verdi ma contemporaneamente cercare di ottenere il massimo rendimento dagli spazi oggi poco sfruttati.

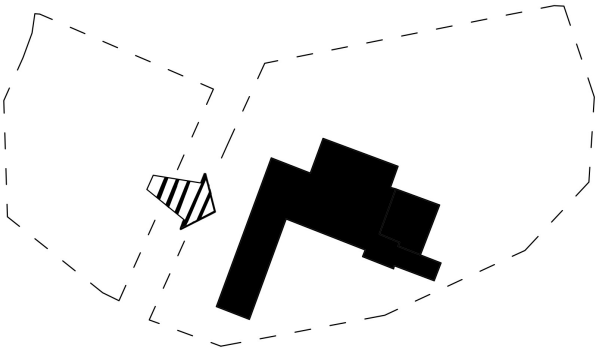
La proposta progettuale si pone quindi il *target* di creare un sistema che sia funzionale alla struttura ma allo stesso tempo renda l'ambiente il più possibile famigliare e meno inospitale per l'utenza, con un interesse particolare volto agli anziani.

I temi trattati saranno quindi:

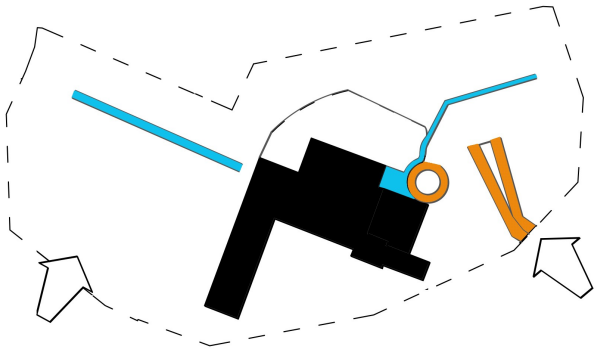
- Il parcheggio e la viabilità.
- Ingresso.
- Atrio principale.
- Giardino esterno.
- Giardino interno.



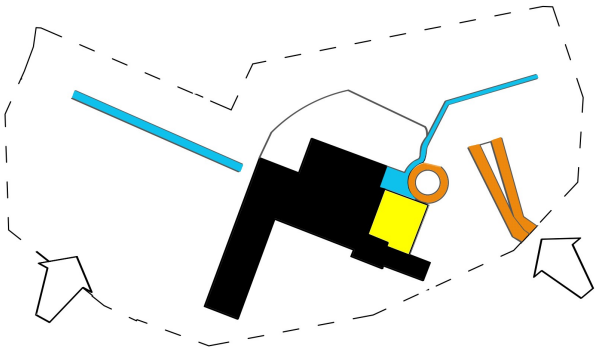
IL LOTTO E' CONFINANTE CON UN LOTTO INUTILIZZATO A OVEST



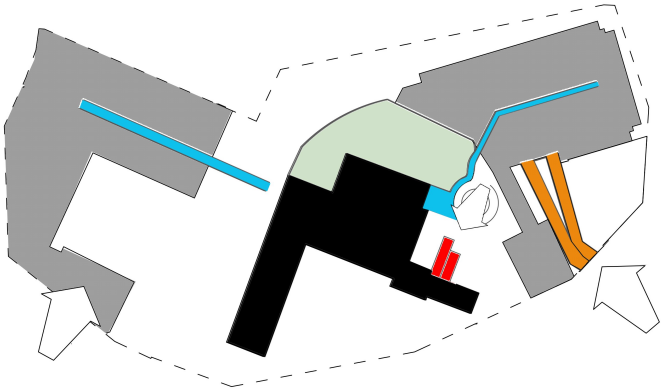
IL LOTTO ASSORBE L'AREA INUTILIZZATA



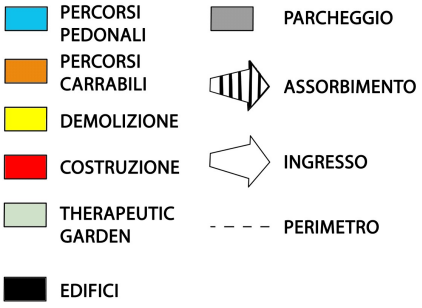
INSERIMENTO DI NUOVI PERCORSI E MANTENIMENTO DEGLI ACCESSI



DEMOLIZIONE BASSO FABBRICATO



REALIZZAZIONE NUOVO INGRESSO
GIARDINO



7.4.1 IL PARCHEGGIO E LA VIABILITA'

L'analisi degli spazi esterni, precedentemente effettuata, denota un parcheggio sottodimensionato, privo di verde e lontano dall'ingresso principale.

L'intervento necessario si concentra quindi sullo sfruttamento dello spazio sottostante al polo, (intervento 8 da tavola 1 – Masterplan) precedentemente parco poco utilizzato dalla comunità, in particolare dopo la creazione del nuovo parco adiacente inaugurato nel 2020.

Il nuovo parcheggio in "piazzale Che Guevara" avrà una dotazione di 119 posti aggiuntivi che avranno come obiettivo quello di soddisfare l'esigenza di parcheggio che il polo sanitario richiede. Il parcheggio sarà il più regolare possibile e avrà un passaggio pedonale per favorire la fruizione da parte dei pedoni. Inoltre ci sarà l'inserimento di vegetazione utile dal punto di vista funzionale, con l'ombreggiamento delle autovetture, oltre che utile dal punto di vista della salubrità e della attrattività. Alcune essenze che possono essere utili allo scopo sono l'Acero Campestre e l'Acacia di Costantinopoli.

A collegare il piazzale "Che Guevara" con il parcheggio principale verrà realizzata una scala in calcestruzzo armato di 29 gradini che colmerà un dislivello di 6 metri. Adiacente alla scala verrà realizzata una rampa che avrà una pendenza del 8%, in linea con le norme ministeriali vigenti. (Intervento 7)

Gli interventi nel parcheggio principale, di fronte alla struttura, sono simili a quelli da realizzare nel parcheggio secondario. Si procederà quindi alla regolarizzazione geometrica e all'inserimento della vegetazione. In aggiunta, verrà creato un percorso, in 3 differenti tipi di listelli per esterni in betulla, tiglio e noce utili per indirizzare i fruitori verso l'ingresso principale e migliorare così il processo di *Wayfinding*, (Intervento 2). Inoltre verranno installate 8 colonnine di ricarica per veicoli elettrici per incentivare la mobilità elettrica (Intervento 5).

La zona del parcheggio più piccola, ausiliaria, su via Sant'Agostino, verrà invece ridotta di dimensioni per far spazio ad una zona a verde, dove verranno installate delle sedute. Il parcheggio così sarà più regolare e sarà destinato in parte anche a soggetti portatori di handicap (4 posti) e a soggetti prioritari come le donne in gravidanza (4 posti - intervento 6). Inoltre, la scala antincendio presente nel prospetto Est, verrà rivestita con materiale ligneo per armonizzare il più possibile fra loro i materiali utilizzati.

Per quello che riguarda la viabilità, si è cercato di rendere più accessibile possibile la struttura da parte dei fruitori, con particolare attenzione verso le fasce più anziane della popolazione.

Come già descritto precedentemente, dal parcheggio oggi esistente all'attuale ingresso della struttura sono necessari diversi minuti di camminata. Se per una persona adulta e in salute è una distanza facilmente colmabile, lo stesso non si può dire per anziani o per persona con problemi di deambulazione.

Per questo il progetto prevede la realizzazione e il trasferimento dell'ingresso principale nella zona più vicina all'attuale parcheggio (alle spalle dell'edificio) e la realizzazione di una rotonda davanti al nuovo ingresso della struttura in modo da permettere all'automobilista di far scendere dall'automobile il soggetto fragile e successivamente andare a parcheggiare. In questo tipo di intervento è importante eliminare ogni tipo di barriera architettonica in modo da rendere accessibile a tutti l'ingresso.

Figura 72. Masterplan di progetto. Estratto Tavola n. 1

Figura 73. Vista parcheggio principale. Gli interventi principali riguardano la regolarizzazione delle forme e l'inserimento di un percorso pedonale con tre diversi tipi di legno.

Figura 74. Vista parcheggio principale. Da questa vista emerge l'inserimento di colonnine di ricarica per auto e la creazione di un' aiuola.

Figura 75. Vista parcheggio ausiliario. Gli interventi principali riguardano la regolarizzazione delle forme, con la creazione di un percorso pedonale e l'inserimento di posti prioritari. In secondo piano si nota il nuovo ingresso e il rivestimento in legno della scala antincendio.

Figura 76. Vista ingresso. Gli interventi principali riguardano la realizzazione della rotonda e il nuovo ingresso.

7.4.2 L'INGRESSO E ATRIO PRINCIPALE

Come già trattato in precedenza, il tema del *Wayfinding*, cioè la capacità di una persona di determinare idealmente la sua posizione mediante l'utilizzo di mappe cognitive, quindi la capacità di un individuo di raggiungere una destinazione, è un aspetto fondamentale da tenere in considerazione per la progettazione di strutture sanitarie, tipologia edilizia utilizzata fortemente da persone anziane.

L'idea di progetto quindi si pone come obiettivo quello di realizzare un ingresso riconoscibile a tutti, visibile a grande distanza e con un percorso distinguibile che renda il più semplice possibile la fruizione del luogo.
L'attuale conformazione del polo Sanitario prevede un grosso fabbricato dedicato all'oculistica- frutto delle diverse stratificazione effettuate del corso degli anni- che rende poco funzionale e attrattivo il luogo. L'idea di progetto è quella di demolire interamente questo fabbricato per far spazio ad un ingresso riconoscibile, più fruibile dell'attuale.
Questo intervento ha come secondo obiettivo quello di liberare la Chiesa Sant'Agostino, attualmente "soffocata" dal basso fabbricato.
L'ingresso al polo sanitario sarà quindi realizzato da grandi travi di legno lamellare della dimensione di 0.50x0.60 m che realizzeranno una struttura "a capanna" con una inclinazione delle falde di 42°, per un'altezza totale al colmo di 7.50 m.
Verranno realizzate due scheletri di questo tipo, una per l'entrata ed una per l'uscita, come le norme Covid attualmente impongono.

La struttura d'entrata è composta da 5 campate prima della porta d'ingresso, che coprono un'area di 45 mq e ha come obiettivo quello di offrire riparo ai fruitori durante le operazioni di *triage*. Quella d'uscita invece è composta solamente da due campate di cui 1 sola campata all'esterno, per coprire un'area di 10 mq circa.
La zona interna invece è composta da 7 campate collegate in mezzeria da due travi di legno lamellare di 0.50x0.70 m che hanno il compito di scaricare il peso della struttura ai pilastri di estremità.
Tra le diverse campate verranno inseriti degli infissi a taglio termico apribili a *vasistas*. La copertura invece verrà realizzata in legno.

L'atrio principale dovrà essere dotato necessariamente di un centralino/punto informazioni, posto in maniera centrale per essere subito riconoscibile, e dovrà essere dotato della cartellonistica necessaria per l'orientamento immediato da parte dei fruitori. In questo senso, le componenti di maggior rilievo sono i nastri colorati incollati al pavimento che indirizzano il paziente verso il reparto dedicato, rendendo così molto più semplice e immediato l'utilizzo della struttura anche da parte dalla fascia di popolazione più anziana.

Figura 77. Vista ingresso principale. Si mette in luce la pavimentazione in 3 tipi diversi di listelli di legno e il nuovo ingresso con facciata a doppio spiovente.

Figura 78. Vista Hall d'ingresso con punto d'informazioni.

Figura 79. Vista sala d'attesa prelievi. Si evidenziano i nastri colorati per una migliore esperienza di Wayfinding.

Figura 80. Vista sala d'attesa prelievi.

7.4.3 IL GIARDINO ESTERNO

VEDI TAVOLA 2 – FOCUS GIARDINO

Altro punto focale del progetto è il giardino esterno da realizzare in adiacenza alla Chiesa Sant'Agostino. Come trattato al capitolo 7.1.3, il ruolo del verde nelle strutture sanitarie e più in particolare nelle Case della Salute, o comunque dove c'è assistenza sanitaria residenziale, riveste un ruolo importante.

Per questo il progetto prevede di sfruttare l'appezzamento di terreno limitrofo la Chiesa per dare un luogo ai pazienti e all'utenza dove poter rilassarsi o eseguire delle attività utili al proprio benessere psico-fisico. Il giardino coprirà una superficie di circa 1200 mq e sarà chiuso sui 4 lati da un muretto con ringhiera.

La progettazione del giardino è stata effettuata seguendo la proposta applicata al nuovo Policlinico di Milano (trattato al capitolo 6.5) dove vengono realizzati dei cerchi di diverso diametro collegati tra di loro. Al centro di questi cerchi verranno proposte diverse attività adatte alla popolazione più anziana come la coltivazione di ortaggi, di piante officinali, ginnastica dolce o yoga, lettura e conversazione e la *Pet Therapy*.

Il percorso pedonale avrà una larghezza di 2 metri e sarà intervallato da delle panchine per permettere ai più anziani di potersi riposare. All'esterno del percorso verranno piantumate diverse specie arboree per la creazione di una fitta vegetazione per dare la sensazione al fruitore di essere immerso nella natura.

Il giardino sarà completo di punti acqua - per irrigare i terreni - ,punti luce e dei gabbiotti di piccole dimensioni utili per il deposito degli attrezzi utili alla coltivazione.

Nell'area dedicata alla lettura, verrà realizzata un gazebo con il compito di ombreggiare i fruitori. Sarà una struttura in legno sostenuta da pilastri circolari di Ø 20 cm.

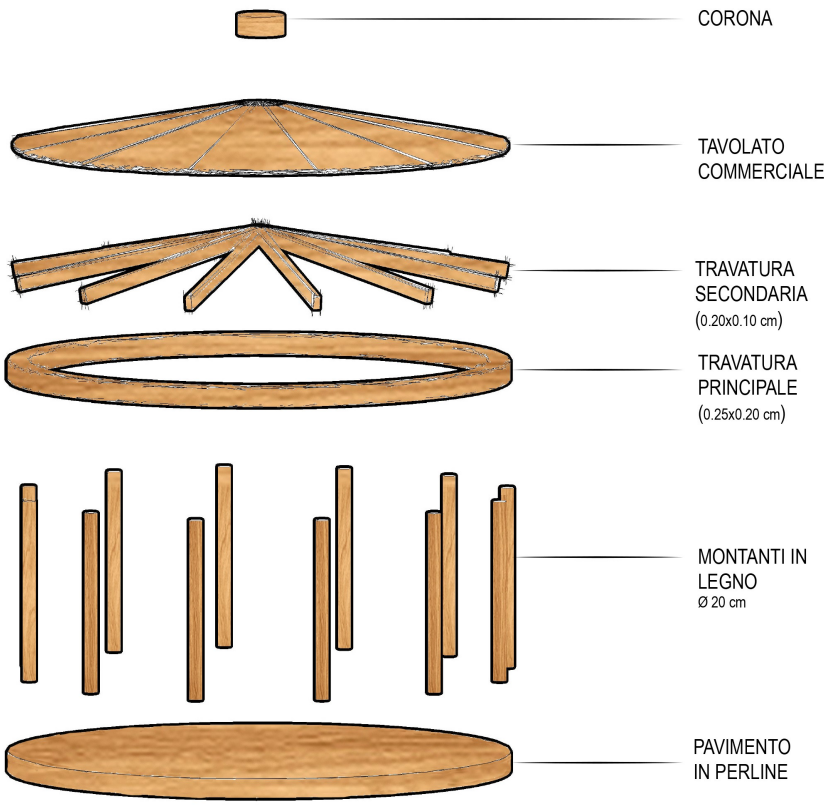


Figura 81. Esploso Gazebo giardino esterno.

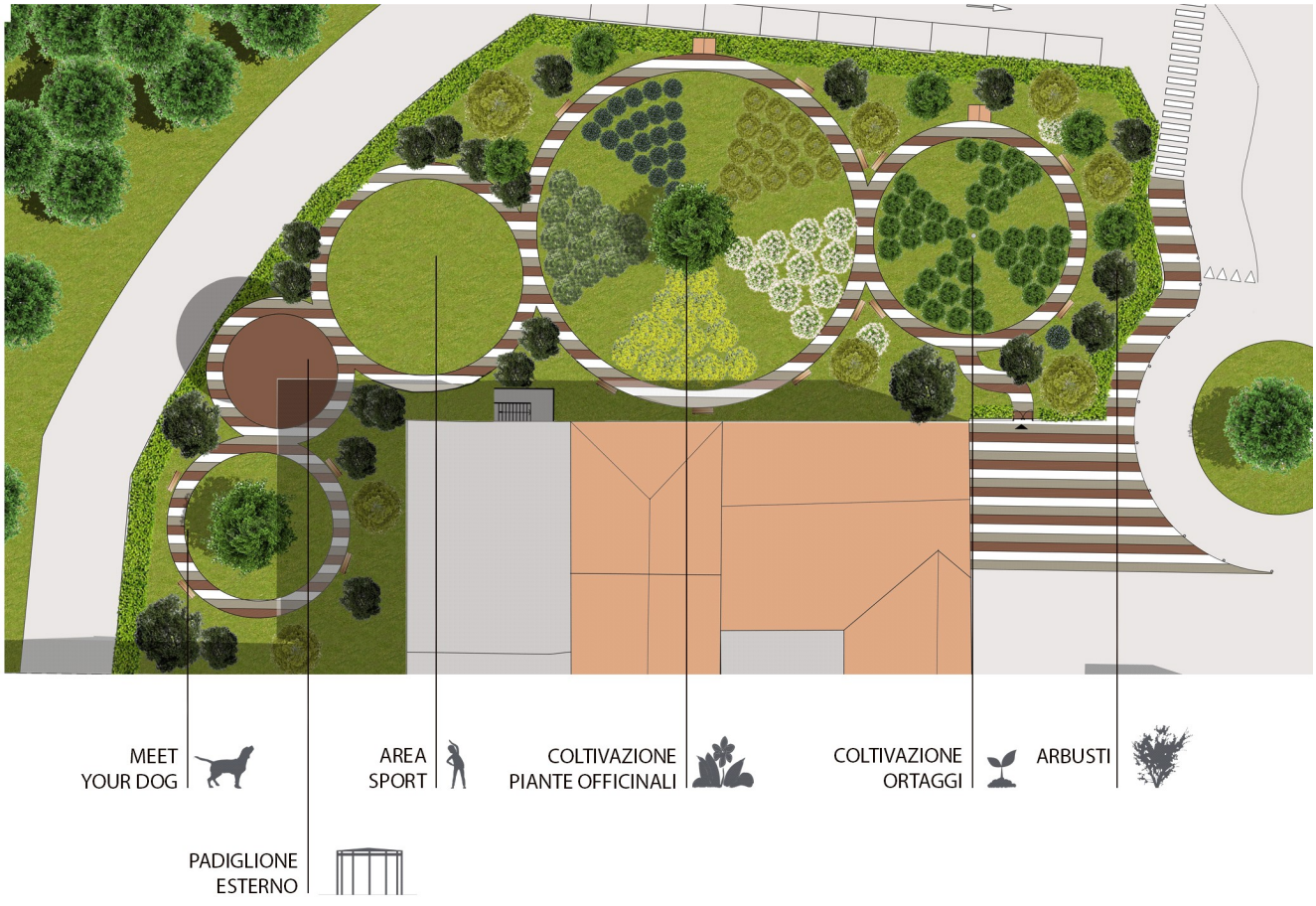


Figura 82. Giardino esterno. Estratto tav. 2

Figura 83. Vista giardino esterno. Area dedicata alla coltivazione degli ortaggi.

Figura 84. Vista giardino esterno.

Figura 85. Vista giardino esterno.

Figura 86. Vista giardino esterno. Area dotata di padiglione circolare per attività come lettura e conversazione.

7.4.4 GIARDINO INTERNO

Per offrire una possibilità di svago sia ai pazienti sia al personale sanitario nel periodo invernale, il progetto intende fornire un giardino terapeutico anche all'interno del polo.

L'area è stata individuata dopo un'attenta analisi dei punti di forza e punti di debolezza, cercando di rendere il progetto omogeneo e restituendo così un complesso funzionale. Si è così individuata l'ala a Nord del primo piano, attualmente dedicata alle vaccinazioni ma precedentemente inutilizzata, l'area ideale per la realizzazione di un CAVS aggiuntivo, quindi per persone per lo più autosufficienti che possano godere dei benefici elencati. Questa scelta è frutto anche dell'analisi demografica svolta all'interno del capitolo 4.7.

La scelta dell'area inoltre è stata influenzata in modo decisivo dalla presenza di un vasto tetto piano che ad oggi risulta anch'esso poco utilizzato.

Il progetto del giardino interno riprenderà quello del giardino esterno, quindi dotando l'area di percorsi circolari e rettilinei ma realizzando dei muretti di contenimento che verranno riempiti di terra per consentire le attività previste.

In più, l'area verrà coperta in modo da formare una serra per il riparo e l'utilizzo quindi anche durante il periodo invernale.

La copertura sarà formata da 3 campate di luce diversa che poggeranno sui pilastri esistenti del piano inferiore. Per migliorare la resistenza e la stabilità del solaio, verrà inoltre realizzato un cordolo perimetrale in calcestruzzo armato in modo da distribuire il carico delle travi soprastanti.

Le ampie vetrate – apribili a vasistas - lungo i prospetti Nord e il prospetto Ovest permetteranno di creare un ambiente luminoso e accogliente, in modo da poter utilizzare in maniera diversa lo spazio.

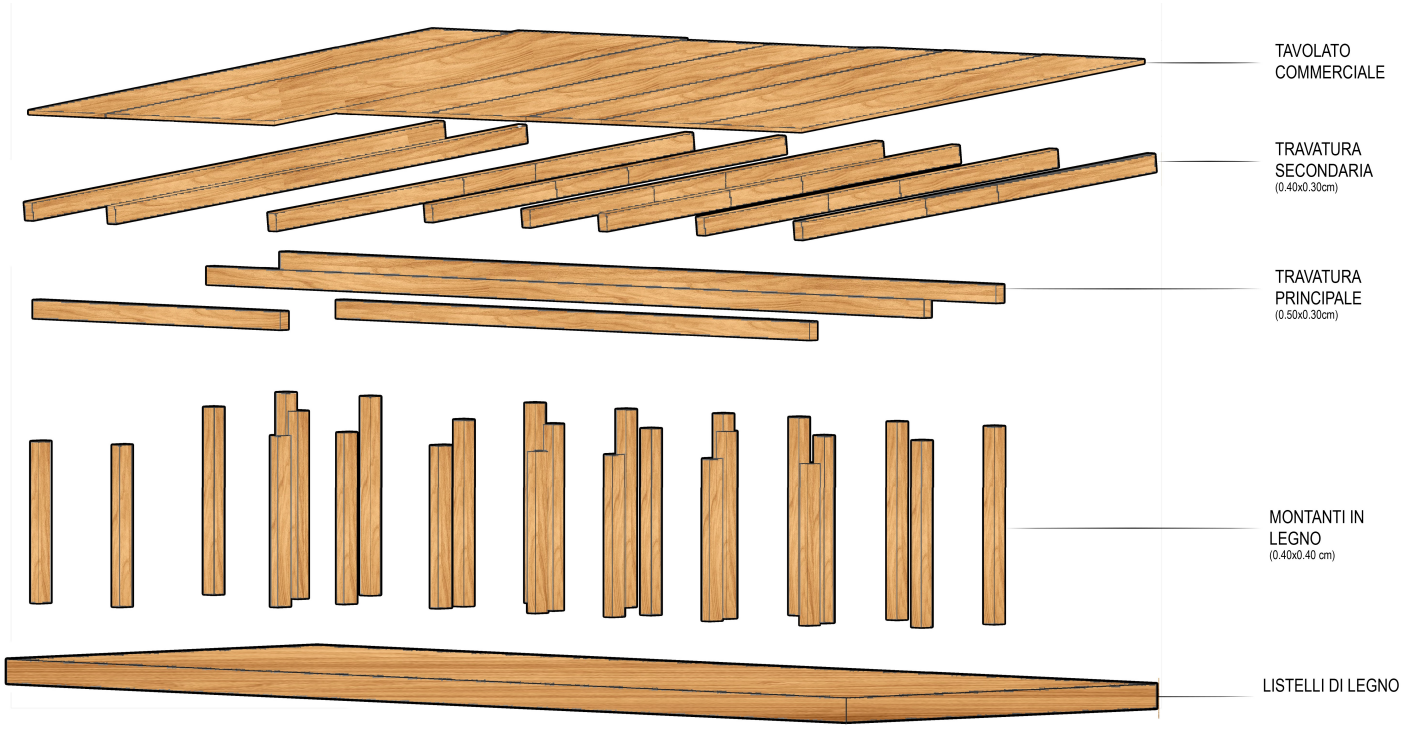


Figura 87. Esploso Copertura

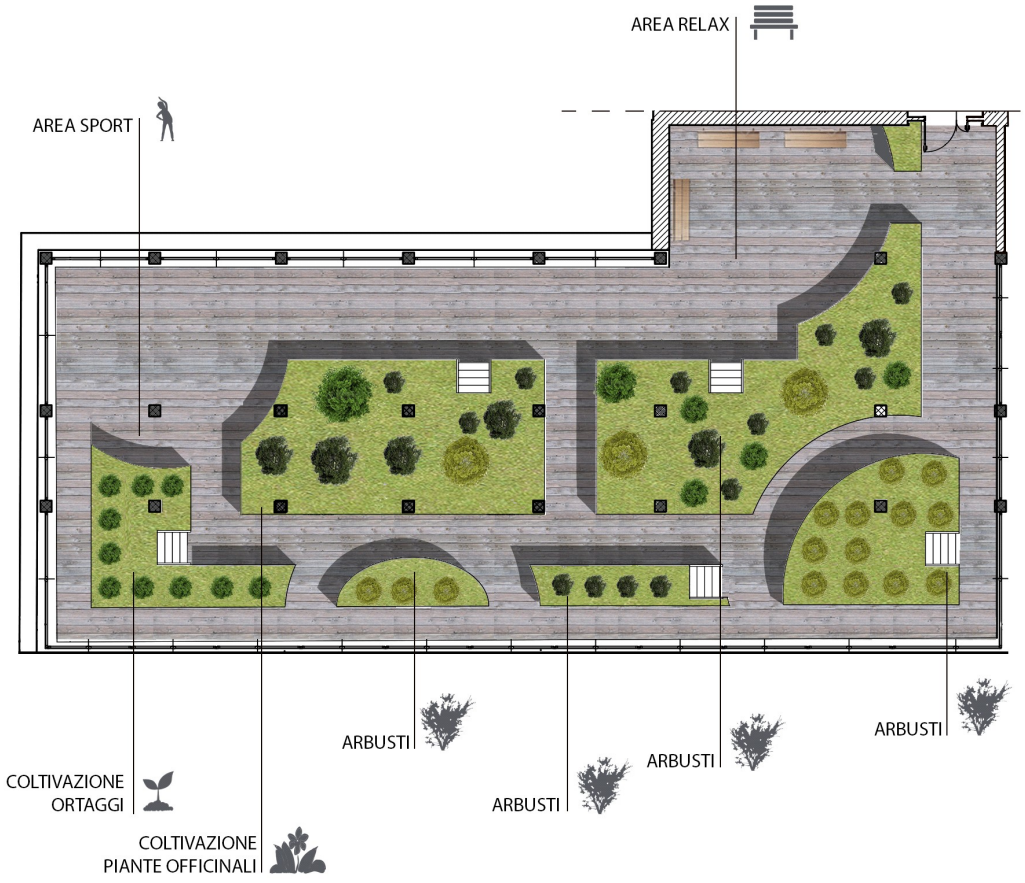


Figura 88. Giardino interno. Estratto tav. 4.

Figura 89. Vista giardino interno. Zona d'ingresso con sedute.

Figura 90. Vista giardino interno. Area dedicata ad attività come ginnastica dolce e meditazione.

Figura 91. Vista giardino interno. Area coltivazione arbusti e piante officinali.

Figura 92. Vista giardino interno.

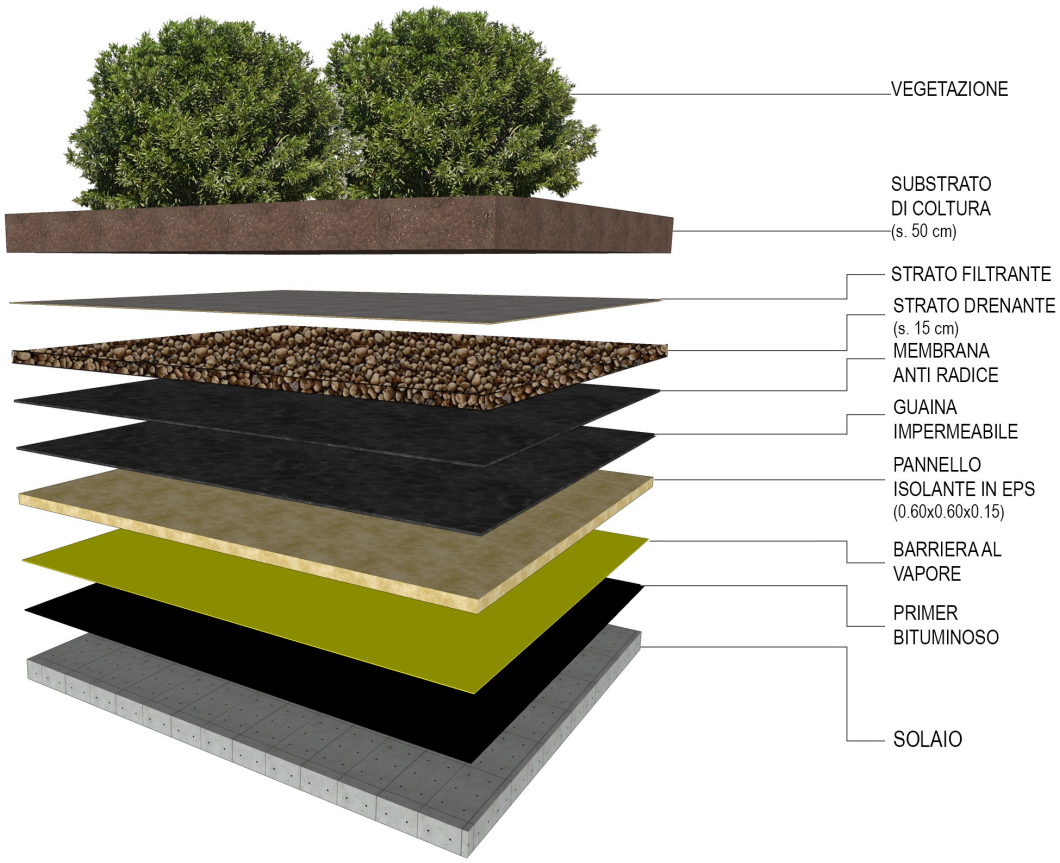


Figura 93. Stratigrafia "vasconi"

Data l'attuale conformazione del tetto piano, con la vicinanza immediata alle finestre adiacenti, si è deciso di non ricoprire il tetto con un intero manto erboso ma di realizzare dei muretti di contenimento in calcestruzzo armato alti 80 cm che permetteranno le attività previste in progetto. La stratigrafia in fig 93 permette la coltivazione di specie arboree anche all'interno scongiurando problemi di infiltrazioni d'acqua nei piani sottostanti.

La stratigrafia oltre la soletta, è composta da un primer bituminoso che permette di entrare nelle porosità del materiale e consentire una migliore aderenza. Successivamente ci sarà uno strato di barriera al vapore, cioè una membrana di bitume con lamina di alluminio. Dopo seguirà uno strato di 15 cm di pannelli 0.60x0.60 m di EPS. Per la protezione di questi strati, e quindi per impedire che le radici e l'acqua possano creare problemi, verrà posato uno strato di guaina impermeabile e una membrana antiradice. Questi due strati hanno uno spessore molto limitato, di qualche millimetro. In seguito, per gestire l'acqua piovana verrà realizzato uno strato drenante in argilla espansa con uno spessore di 15 cm, prima di uno strato filtrante, in materiale geotessile, che ha il compito di confinare la crescita delle radici allo strato successivo, cioè quello del terreno, arricchito con componenti organiche, che avrà uno spessore di 50 cm.

8. CONCLUSIONI

Questo lavoro di tesi è nato dopo un colloquio nell'ottobre 2020, con il dottor Mauro Occhi, Direttore di distretto nell'ASL To 3, in seguito al quale mi è stato proposto di redigere un progetto di rigenerazione del Polo Sanitario di Avigliana.

Su quest'idea si innesta la mia strategia progettuale, che si basa su uno studio conoscitivo dell'area e delle identità della città di Avigliana, per approdare a idee progettuali di rigenerazione con lo scopo di rendere il Polo Sanitario più accessibile, fruibile, inclusivo, accogliente e verde. Questi obiettivi cercheranno di elevare la qualità complessiva della vita dei fruitori, che essi siano pazienti, accompagnatori o personale sanitario e adeguare il complesso alle nuove linee guida sulle strutture sanitarie.

Con l'obiettivo di elaborare un'accurata proposta progettuale, è stato necessario trattare un ricco lavoro di analisi sia del Polo Sanitario ma anche di tutto il distretto Sanitario Val di Susa – Val Sangone, con l'obiettivo di capire fino in fondo che cosa caratterizza quest'area, quali sono i punti di forza e quali i punti di debolezza dove poter intervenire.

Quest'analisi è stata sviluppata mediante 5 *asset* principali.

- La realizzazione di interviste al personale sanitario che lavora dentro la struttura ma anche ai residenti, per avere più punti di vista.
- Rielaborazione ed esposizione di una serie di dati storici ma in particolare dati demografici della città di Avigliana, che mi hanno portato ad una più nitida lettura dello stato di fatto.
- Studio e descrizione di 5 casi studio, sia realizzati negli anni passati che ancora da realizzare, selezionati sul territorio nazionale, con l'obiettivo di avere dei punti di riferimento su cui poter lavorare e realizzare così la mia proposta progettuale.
- Studio dello stato di fatto dell'edificio, con la caratterizzazione dei vari reparti.
- Ricerca e studio sulle nuove linee guide per la progettazione di strutture sanitarie

Questo mi ha permesso infine di realizzare un'analisi SWOT, in cui ho riassunto i punti di forza, i punti di debolezza, le minacce e le opportunità dell'area di progetto, in modo da avere una visione globale della contingenza. Dalla SWOT è emersa una scarsa presenza di trasporto pubblico, un parcheggio sottodimensionato e lontano dall'ingresso ma soprattutto un problema strutturale del polo sanitario, cioè il fatto di non essere stato concepito come struttura sanitaria: non esiste un vero e proprio atrio d'ingresso e il complesso è il risultato di numerose stratificazioni compiute nel corso degli anni, e ad oggi sono presenti diversi spazi inutilizzati. Si aggiunge il fatto che, la popolazione di Avigliana è in costante crescita così come l'età media dei suoi residenti.

Da questo riassunto del lavoro svolto, si possono capire le scelte compiute e la proposta progettuale effettuata.

Lo sviluppo progettuale si caratterizza di due fasi successive e connesse tra di loro:

1. Considerare le analisi svolte nei primi capitoli, valutando i dati raccolti e rielaborati nell'analisi SWOT. Da questa fase è emerso un obiettivo generale che è quello di migliorare la fruizione, l'accessibilità e l'accoglienza degli attori che utilizzano la struttura, valorizzando in questo modo il complesso.

2. Per poter attuare e rendere operativo quest'obiettivo, ho operato su tre diverse scale di dettaglio: scala territoriale, scala urbana e scala architettonica.

Alla scala territoriale ho cercato di realizzare un nuovo sistema di trasporto pubblico che potesse colmare la carenza attuale.

A scala urbana ho cercato di migliorare l'accessibilità e la fruizione del polo Sanitario, regolarizzando e implementando i parcheggi e creando un nuovo ingresso, più riconoscibile e identitario.

Anche a scala architettonica il mio obiettivo è rimasto lo stesso, cioè quello di migliorare la l'accessibilità, migliorando il sistema di *Wayfinding*, ottimizzando gli spazi inutilizzati all'interno della struttura, e realizzando dei giardini che potessero migliorare il ricovero e il soggiorno da parte di tutti i fruitori.

L'obiettivo di questo lavoro di tesi non è solamente quello di redigere una proposta progettuale per quella che è la Casa della Salute di Avigliana, ma quello di mettere a disposizione un'alternativa di progetto, che inserita all'interno di politiche sanitarie più ampie, possa permettere di offrire soluzioni che possano offrire benefici all'intera popolazione: dagli abitanti che possono godere di più servizi, agli operatori sanitari e i ricoverati che possono alleviare lo *stress* quotidiano del lavoro e della degenza.

Sebbene la strategia progettuale proposta non pretende si essere l'unica o la migliore alternativa disponibile, penso che quest'ipotesi possa essere una valida opzione per risolvere dei problemi esistenti nell'area di progetto e, come detto prima, offrire benefici all'intera popolazione e diventare un punto di riferimento per la progettazione e il rifacimento delle nuove strutture sanitarie.

DOTT.SSA M. A, MEDICO DI MEDICINA GENERALE ASLTO3

D. Ti chiedo una breve presentazione.

Lavoro da 29 anni in questo distretto sanitario svolgendo la mia attività come MMG presso il mio ambulatorio di Almese. Per 10 anni, oltre all'attività ambulatoriale ho lavorato presso una RSA aziendale (RSA Don Menzio) occupandomi della gestione clinica dei pazienti ospiti in quella struttura. Successivamente, con la riconversione dell'ex ospedale di Avigliana in struttura territoriale, ho fatto parte, in quegli spazi, di una equipe di medici ed infermieri svolgendo attività sia presso il CAP (centro di assistenza primaria) per le emergenze risolvibili sul territorio, sia presso il CAVS (centro di assistenza a valenza sanitaria) per la gestione delle lungodegenze, strutture che insieme ad altri servizi compongono la neonata Casa della salute di Avigliana.

- D: La tua esperienza sia come medico di famiglia che come professionista all'interno della C.d.S mi permette di chiedere la sua opinione sulla situazione sanitaria di questo territorio. Quali criticità evidenzia nel corso della sua giornata lavorativa?

La chiusura dell'ospedale S. Agostino di Avigliana ha rappresentato per questo territorio una grave perdita. Se a questo si aggiunge anche il depotenziamento degli ospedali di Giaveno e Susa, si comprende come la richiesta di salute dei cittadini della bassa Valsusa, trova sempre meno risposte. Questa è purtroppo una situazione comune in tutto il territorio nazionale, dove le scelte politiche degli ultimi 30 anni, hanno mirato ad accentrare la sanità in pochi centri polispecialistici a discapito della capillarità delle cure. Le C.d.S. nascono nel tentativo di riutilizzare gli spazi lasciati vuoti dagli ospedali ed offrire ai cittadini quei servizi sanitari di prossimità utili soprattutto nella gestione della cronicità. Parlo pertanto di spazi ambulatoriali a cui il cittadino, su richiesta del proprio MMG, può accedere per i controlli di routine (prelievi, radiologia, specialistica, consultori), o per piccole urgenze, ma anche di aree in grado di ospitare quei pazienti stabilizzati clinicamente che, dimessi dai vari ospedali perché risolto il problema acuto, non sono ancora pronti per essere gestiti al proprio domicilio (CAVS).

L'emergenza pandemica ha, però, messo in evidenza tutte le fragilità di questi servizi che non sono strutturalmente adeguati a svolgere il loro ruolo senza mettere a rischio la salute del cittadino. La mancanza di percorsi e di aree dedicate solo ai pazienti in effetti, sommata alla mancanza di personale, ha reso necessaria la limitazione o la chiusura delle attività presenti.

Pertanto attualmente i prelievi ematici vengono effettuati solo nei casi ritenuti urgenti dal MMG, in

quanto l'organizzazione degli spazi non permette di evitare assembramenti, la radiologia non è a disposizione per effettuare le lastre del torace perché ritenute a rischio infettivo, il triage, adesso necessario, è stato improvvisato.

-D: Com'è cambiato il polo di Avigliana negli ultimi anni?

Il polo di Avigliana è un ex ospedale. Da struttura Ospedaliera è diventata struttura territoriale gestita da Specialisti e medici territoriali.

Dopo essere stato Ospedale è stato creato in quei locali il CAP (centro di assistenza primaria), in cui oltre ai soliti servizi territoriali come Prelievi, consultorio e radiologia c'era anche un servizio di "punto di primo intervento" per le piccole urgenze, gestito dai medici del territorio.

Successivamente in seguito ad una volontà politica regionale il CAP si è trasformato in Casa della salute, dove oltre a quello che c'era prima, adesso c'è anche un sportello dei servizi sociali. Quindi offre al cittadino oltre ad un servizio sanitario anche un servizio sociale. Inoltre si è arricchito con la presenza del CAVS, cioè la presenza di 17 posti letto dedicati alla lungodegenza, in pazienti che arrivavano in dimissione da altri Ospedali più grandi, in attesa di essere trasferiti a casa.

Con l'arrivo del Covid questo è stato trasformato in reparto CAVS Covid, quindi non ci sono più i degenti, soprattutto anziani, ma pazienti infetti da Covid, in attesa che si negativizzino per poi rientrare a casa.

D: Che tipo di pazienti erano presenti al CAVS?

Alcuni pazienti erano autosufficienti, altri meno. Spesso erano pazienti che arrivavano dall'Ospedale di Rivoli, che in seguito ad una patologia acuta, diventava improvvisamente non autosufficiente, per cui la degenza serviva per stabilizzare clinicamente il paziente ma anche per permettere alla famiglia di organizzarsi per gestire il soggetto. Il tempo stimato per singolo un paziente è di 45-60 giorni, ma succede anche che il paziente stia degli anni perché la famiglia non può farsi carico della sua nuova condizione.

D: Quali sono le problematiche di cui sente più il bisogno di risolvere?

Sento la mancanza di servizi specialistici territoriali, cioè quei servizi che il paziente cronico ha bisogno quasi quotidianamente, (il diabetico, il cardiopatico, l'oncologico), ha bisogno di controlli frequenti. In questo momento questo tipo di pazienti ad Avigliana non trova risposte.

Negli anni scorsi, prima del covid, si stava tentando di arricchire questo presidio con la presenza di alcuni specialisti, dando una risposta a queste esigenze.

I prelievi inoltre si fanno solo se urgenti, perché l'accettazione e l'attesa verrebbe fatta solo all'esterno del locale, per le lastre la stessa cosa. Quindi gestire un paziente cronico in questo momento è molto difficoltoso.

Sicuramente manca il personale, però bisognerebbe anche gestire meglio gli spazi in modo da gestire sia pazienti covid che pazienti cronici.

D: Sei a conoscenza di progetti o di intenzionalità nel futuro?

Come detto, prima del covid si stava per organizzare nuovamente la Casa della salute.

L'ideale sarebbe far diventare questa struttura la "Casa della Cronicità", l'idea che ho in mente da tempo è quello di creare all'interno della struttura una sorta di day hospital, dove il paziente cronico può in una sola giornata la possibilità di fare tutto. (Prelievo del sangue, elettrocardiogramma, visita oculistica, visita cardiologica ecc.). Una sorta di poli ambulatorio insomma.

D: Esistono dei problemi all'interno della struttura in cui lo spazio esterno può diventare una risorsa?

Lo spazio esterno non va tanto bene, attualmente c'è un grosso parcheggio che è mal tenuto e potrebbe essere sicuramente valorizzato con del verde, sia per dare decoro sia per ombreggiare le auto.

Il triage come detto, attualmente si fa all'esterno perché all'interno non si può fare assembramento. Sicuramente la struttura non è stata progettata per avere bisogno di un triage ed il problema si pone adesso.

D: Iniziative come l'allestimento di giardini terapeutici potrebbe essere utile?

In questo momento no, ci sono altre priorità. I giardini hanno senso quando c'è residenzialità, per cui i pazienti possono godere dello spazio esterno per favorire la degenza. Se si vuole riprendere il discorso del CAVS, il giardino terapeutico può essere sicuramente utile.

2. G.S. VICE DIRETTORE DEL POLO SANITARIO

D. Ti chiedo una breve presentazione.

Sono vice-direttore del polo sanitario di Avigliana. Sono in forze dell'Asl To 3 dal maggio 2019

D. Quali sono le problematiche attuali di cui senti più il bisogno di risolvere?

Attualmente il triage è difficile perché all'interno della struttura non è consentito creare assembramenti. Il problema è stato parzialmente risolto utilizzando il corridoio di cui dispone l'ospedale.

Inoltre la struttura è alquanto vetusta. E' una struttura antica che è stata ammodernata in alcune aree ma che sicuramente necessita di altri interventi. Al momento il mancato ammodernamento di alcune zone crea qualche difficoltà di gestione di fruizione dei locali.

Attualmente c'è tutta un'ala che non può essere utilizzata perché inagibile e il parcheggio necessita di consistenti interventi. Bisogna comunque ricordare che la struttura è nata come convento e

non come ospedale; questo nonostante gli sforzi, crea grossi problemi nell'organizzazione funzionale degli spazi, soprattutto in questo momento di pandemia.

D. Quali sono le parti della struttura che necessiterebbero di una ristrutturazione?

C'è tutta un'ala nel secondo piano, l'ex reparto di ortopedia, che attualmente non è agibile e necessiterebbe di ristrutturazione per poterci svolgere delle attività. Poi c'è un'area al primo piano in cui vengono effettuate attività ambulatoriali, che necessiterebbe di ristrutturazione. Sono zone ancora a norma, ma ci si accorge che gli spazi potrebbero essere organizzati in modo migliore. Inoltre c'è una parte al piano terra che veniva utilizzata per il deposito della farmacia, del 118, are attualmente abbandonata o sottoutilizzata.

D. Sei a conoscenza di progetti o di intenzionalità nel futuro?

Il CAVS è un po' il fiore all'occhiello della struttura; recentemente ristrutturato, è stato realizzato secondo i canoni moderni. Per il reparto dell''ex ortopedia, si è pensato a diverse soluzioni, ma servono ingenti finanziamenti per realizzarli. Altri progetti al momento non ce ne sono anche perché la fase attuale non permette di spiccare il volo.

D. Come vedresti l'idea di creare una sorta di "casa della cronicità"?

La gestione dei pazienti cronici attualmente è sicuramente molto impegnativa: se da una parte è fondamentale il ruolo del medico di medicina generale, dall'altro è altrettanto importante la presenza capillare di specialisti necessari per completare la loro gestione. Questi pazienti sono abbastanza frequenti (diabetici, scompensati, oncologici) e un modo per creare una procedura più semplificata deve essere sicuramente succedere. L'idea di far diventare Avigliana un polo in cui vengano gestite 2 o 3 tipologie di pazienti cronici a me piace, è comunque una cosa che deve essere gestita a livello di Aziendale perché è l'azienda a dover decidere in base alle offerte presenti negli altri poli sanitari dell'Asl To3.

D. Esistono dei problemi all'interno della struttura in cui lo spazio esterno può diventare una risorsa?

Attualmente gli spazi esterni vengono sfruttati per eseguire tamponi, perchè far entrare possibili positivi covid all'interno della struttura è una cosa da evitare. È stata quindi allestita una tenda dove si eseguono tamponi pit-stop.

D. Iniziative come l'allestimento di giardini terapeutici potrebbe essere utile?

L'idea è sicuramente interessante. Negli spazi adiacenti l'ospedale è presente un boschetto che è di proprietà comunale che però potrebbe essere organizzato meglio. L'idea di giardini si sposa perfettamente con l'idea di residenzialità presente attualmente con il reparto CAVS., dove i pazienti possono stare una trentina di giorni e giovare di questo elemento.

3. R.F., MEDICO DI MEDICINA GENERALE

D. Come dovrebbe essere organizzata una struttura ospedaliera in pandemia da COVID 19?

Avvenimenti complessi, come la pandemia da COVID 19, che investono la sfera della salute ci inducono a riflettere sulle caratteristiche e standard edilizi, dimensionali e qualitativi al fine di rispondere in maniera più consona alle esigenze di coloro che sfortunatamente sono costretti a vivere una dimensione ospedaliera.

Il ricovero presso una struttura sanitaria in generale è un avvenimento stressante, i soggetti colpiti da malattia sono travolti da una forte corrente emotiva che necessita di rassicurazione da parte degli altri. Le persone anziane e le persone con pluripatologie hanno rappresentato la fascia più vulnerabile della popolazione.

Il proscenio della pandemia, per la quale il distanziamento fisico si è reso necessario a tutela della salute dei singoli e delle comunità, è la solitudine dei pazienti ricoverati.

Partendo dalla centralità del paziente e ripercorrendo le tappe dal suo ingresso in ospedale, il primo punto diventa l'accoglienza, un luogo dove il paziente, pur con le dovute cautele, dovrebbe essere accompagnato da un familiare, amico, vicino, ad ogni modo persona a cui è legato affettivamente prima di essere lasciato in mano agli operatori sanitari, ne segue che è fondamentale in prima battuta ripensare agli spazi dell'accoglienza (ad esempio camera abbracci).

Poiché i tempi di ricoveri possono essere differenziati sarebbe auspicabile un'organizzazione per nuclei di intensità assistenziale diversificati con camere singole attrezzate di tutti i confort (tv, telefono, pc, tecnologia all'avanguardia), nel loro insieme le soluzioni dovrebbero configurare uno spazio abitativo articolato in cui siano presenti, accanto alle camere standard per le fasi acute, zone dedicate alle relazioni sociali (gazebo in vetro situati all'esterno con possibilità di comunicazione all'esterno tramite interfono, camera abbracci), spazi riservati ad attività occupazionali per impegnare le persone ricoverate secondo le loro inclinazioni.

Le strutture dovrebbero essere pensate in spazi verdi con ampie pareti a vetro per permettere alla persona ricoverata di osservare gli esterni, esterni da attrezzare per le visite parenti per la "raggiungibilità" dei propri cari nel rispetto degli standard preventivi.

Basilare connotare tutti gli spazi al fine di comunicare domesticità e umanizzazione.

4. M. S., DIRETTORE DEL DISTRETTO VAL DI SUSA VAL SANGONE, IN CARICA DA GENNAIO 2020

D: Quali sono i progetti della Casa della Salute di Avigliana?

In questo momento non le so rispondere, perché la Regione non ha rifinanziato il progetto della Casa della Salute, e io sono in una situazione di transito, quindi non ho la possibilità di dirle come le cose andranno, perché mi occupo della straordinarietà del momento.

Il polo Sanitario di Avigliana rimarrà e avrà forse un'implementazione, ma ad oggi non so dirle con quali servizi.

D. Attualmente esistono delle carenze all'interno del distretto?

Dal punto di vista architettonico ci sono delle carenze strutturali abbastanza importanti, il polo di Giaveno ha un problema strutturale immenso, il Polo di Avigliana necessiterebbe di ristrutturazioni ma non parliamo di Susa, forse il più adeguato è il polo di Oulx.

Dal punto di vista dei servizi non posso esserle molto di aiuto, come le ho detto mi occupo delle straordinarietà del momento. Le posso dire che i servizi al cittadino si basano prima di tutto sulle risorse umane, e su queste attualmente c'è molta carenza.

D. Cosa ne pensi della creazione di poli per il servizio al paziente cronico?

Il piano diabetologico è in fase di riordino da parte della Ragione Piemonte, ed erano stati già individuati degli hub all'interno non solo di questa ASL ma di tutta la Regione Piemonte, così come prevede il piano Nazionale della cronicità. Questa situazione emergenziale ha fatto sì che questo progetto non si potesse completare, ma è già formulato dalla Regione.

D. Come vedi la progettazione di giardini terapeutici in una struttura come la casa della salute?

Attualmente la CdS non ospita il CAVS, ma è reparto Covid, ma una volta finita l'emergenza pandemica i giardini terapeutici potrebbero essere delle ottime soluzioni come già è in molte realtà territoriali, sempre in un'ottica di residenzialità della struttura.

5. N.S. , TECNICO DI RADIOLOGIA CASA DELLA SALUTE AVIGLIANA

D: Ti chiedo una breve presentazione.

Lavoro in questa ASL dal 2009, prima lavoravo all'ospedale di Rivoli e adesso, già da due anni, lavoro presso i presidi di Avigliana e Giaveno, e momentaneamente a causa dell'emergenza Covid svolgo attività anche presso l'Ospedale di Susa, come tecnico sanitario di radiologia medica, quindi attualmente eseguo esami di screening mammografico e radiografia dei segmenti ossei.

D: Attualmente quali sono le problematiche che senti la necessità di risolvere?

È una situazione complicata per via dell'emergenza pandemica, mi piacerebbe tornare a lavorare con l'utenza, quindi tutta la parte di radiologia ambulatoriale, che è sospesa da più di un anno sono sospese da più di un anno, e mi piacerebbe tornare ad offrire questo servizio ai cittadini, sia perché è utile al territorio, sia perché sgraverebbe gli ospedali attualmente impegnati massimamente nell'emergenza. Altro problema è la presenza di attrezzature non più moderne che andrebbero sostitute.

D: Come vedi l'inserimento di giardini terapeutici all'interno della struttura?

Nell'ottica di una residenzialità dei pazienti della struttura la vedo come una buonissima opportunità per migliorare la degenza dei pazienti, oltre ad offrire un luogo di lavoro migliore per gli operatori.

5. L.L., INFERMIERA DELL'ASLTO3

D: Ti chiedo una breve presentazione.

Lavoro dal 1988 nell'AslTO5, che poi è diventata AslTO3, inizialmente al Beato Umberto nel reparto di Chirurgia-Ortopedia, perché all'epoca non c'era ancora attivo l'Ospedale Sant'Agostino ma in quei locali c'era solamente la scuola infermieri. Il beato Umberto I invece aveva 2 piani con Chirurgia e Ortopedia al piano terra e al piano superiore l'ostetricia e ginecologia ed era presente anche un piccolo pronto soccorso al piano terra.

Inoltre c'era il reparto di medicina che era staccato dalla struttura, allocato in un altro edificio. Nei primi anni 90 c'è stata una ridistribuzione dei reparti con la chiusura del Beato Umberto il trasferimento di alcuni reparti all'interno del Sant'Agostino. Quindi nei primi anni 90 hanno unificato il tutto. Quindi non erano più due strutture diverse ma un unico ospedale. Poi con la riforma sanitaria del 2002 hanno chiuso diversi raparti di cui ortopedia e chirurgia e così il sant'Agostino è diventato solamente una struttura ambulatoriale.

D: Quali sono le problematiche che senti di più il bisogno di risolvere?

Sicuramente la problematica più grande è quella che ci sono tante utenze e pochi servizi, le utenze aumentano e noi invece siamo sempre in pochi.

Questo è il problema più grande, poco personale e pochi servizi. La popolazione in Italia va sempre di più invecchiando, e questi anziani hanno sempre di più bisogno di assistenza.

A livello di spazi invece, in un'ottica di implementazione del personale, ci sarebbero gli spazi per aumentare i servizi, se opportunatamente ristrutturati.

D: Come giudichi gli spazi esterni all'Ospedale?

Gli spazi esterni sono carenti e possono essere migliorati. Il parcheggio è piccolo, la mattina c'è sempre una corsa per parcheggiare, però è lontano ed è piccolo. C'è anche il problema della sicurezza, quando uscivamo di notte c'era il rischio di agguati perché il parcheggio non era videosorvegliato. Si sono già verificati degli scippi in passato all'interno del parcheggio.

INTERVISTE ALLA POPOLAZIONE RESIDENTE:

DONNA, ADULTA, RESIDENTE AD AVIGLIANA

D. Quali sono i servizi offerti dal polo sanitario?

Abito ad Avigliana da 4 anni e per le mie esigenze di salute faccio riferimento all'Ospedale di Rivoli. Sono cardiopatica e mi è stato detto che l'ambulatorio di cardiologia di Avigliana è attivo solo un giorno a settimana con conseguenti lunghe attese. Al momento che io sappia ad Avigliana si effettuano i prelievi, servizio che utilizzo, si eseguono i vaccini e vengono effettuate alcune visite specialistiche.

D. Quali servizi vorrebbe fossero migliorati?

Come ho detto essendo cardiopatica ho la necessità di eseguire periodicamente alcuni esami come l'ECG (Elettrocardiogramma), ecocardiografia, visite cardiologiche che non riesco quasi mai ad eseguire qui ad avigliana per via delle attese troppo lunghe. Sarebbe opportuno potenziare il percorso dedicato ai malati cardiologici in modo da permettere loro di avere un unico centro di riferimento per i controlli periodici.

D. Se fosse disponibile un migliore servizio di trasporti pubblici, lei o la sua famiglia ne usufruirebbe?

Vivo nel centro storico di Avigliana e da casa sono sempre costretta ad usare l'auto. Non so come si possano collegare le borgate al presidio sanitario di Avigliana, però sarebbe sicuramente utile un mezzo pubblico che partendo dal piazzale della stazione attraversi tutto corso laghi, passando davanti al presidio sanitario per arrivare nella zona della RSA Don menzio e vicino all'ospedale San Giuseppe sede di alcuni servizi sanitari

D. Quali nuovi servizi secondo lei potrebbero essere utili?

La casa della Salute di Avigliana, potrebbe diventare un punto di riferimento per le malattie croniche come la mia o quelle più frequenti. Troverei comodo, durante i miei controlli periodici, una sede unica per eseguire tutti gli esami di cui ho bisogno. Penso ai pazienti più anziani, potrebbe essere un disagio dover vagare da una struttura all'altra per poter completare il ciclo dei controlli. L'idea di dare la possibilità di eseguire tutti gli esami necessari in un'unica struttura potrebbe essere un'ottima idea.

UOMO, ADULTO, RESIDENTE AD AVIGLIANA

D. Quali sono i servizi offerti dal polo sanitario? Quante volte l'anno usufruisce dei suoi servizi?

Vivo e lavoro ad Avigliana. Sono nato ad Avigliana ancora quando era presente il reparto di ostetricia nell'ex Ospedale. Non ho problemi di salute ed usufruisco della struttura solo per qualche prelievo di controllo. Però ho una madre anziana che negli anni scorsi è stata più volte ricoverata nel reparto di medicina del Sant'Agostino. Era un reparto piccolo ma ben funzionante che penso soddisfasse le esigenze di salute di questa zona.

È un peccato che non sia più attivo l'ospedale di Avigliana.

D. Quali servizi vorrebbe fossero migliorati?

Ho sentito che è diventata una casa della salute ma sinceramente non so cosa significhi. Attualmente mia madre è ricoverata stabilmente nell'RSA Don Menzio, qui ad Avigliana. La struttura è confortevole e bene gestita. Il personale è molto professionale ma penso che sia sottodimensionato. Mia madre, non è autosufficiente e dev'essere seguita in modo costante, ad esempio durante i pasti, può capitare che consumi il pasto freddo, perché c'è probabilmente carenza di OSS (Operatore socio sanitario).

D.Se fosse disponibile un migliore servizio di trasporti pubblici, lei o la sua famiglia ne usufruirebbe?

Quello dei trasporti può essere un problema. Per raggiungere RSA Don Menzio e l'ospedale sant'Agostino è necessaria l'automobile, in quanto non ci sono collegamenti diretti né con la stazione né all'interno del paese. Quando ci sono, hanno cadenza oraria e non sono comodi. In generale, ci fossero servizi pubblici efficiente ne farei uso, dato che in famiglia siamo in 4 con sole 2 automobili a disposizione.

D. Quali nuovi servizi secondo lei potrebbero essere utili?

Prima di essere ricoverata al Don Menzio, mia madre, dopo un mese di ricovero all'ospedale di Rivoli, è stata trasferita al reparto CAVS di Avigliana. Qui mi è stato permesso di fare richiesta presso una casa di riposo. Dopodiché il trasferimento alla Don Menzio è stato definitivo.

Ho saputo però che con il covid è stato chiuso il reparto CAVS di Avigliana. Questo complica però tutte le situazioni come la mia, in cui senza il CAVS di Avigliana mia madre sarebbe dovuta restare più a lungo a Rivoli, occupando un posto in più per le emergenze, oppure sarebbe dovuta rientrare a casa con non poche difficoltà da affrontare. Mi auguro che presto il CAVS possa tornare funzionante come prima.

DONNA, ADULTA, RESIDENTE AD ALMESE

D. Quali sono i servizi offerti dal polo sanitario? Quante volte l'anno usufruisce dei suoi servizi?

Abito ad Almese da circa 20 anni. Almese è un paese piccolo e per i propri bisogni sanitari la maggior parte delle volte bisogna spostarsi nei comuni limitrofi. Così il polo di Avigliana fa da calamita anche per la popolazione dei comuni limitrofi. Mi ricordo che era un ospedale piccolo ma posso dire che la popolazione si trovava bene perché efficiente in quanto provvisto dei reparti e dei servizi indispensabili per le cure di base. Con la chiusura del S.Agostino, è rimasto poco dell'offerta sanitaria degli scorsi decenni.

Usufruisco dei servizi almeno una volta l'anno in media, o per un prelievo oppure per una visita ambulatoriale.

D. Quali servizi vorrebbe fossero migliorati?

I servizi attualmente attivi sono diversi ma forse ancora pochi e con una lista d'attesa lunga. Mi piacerebbe che almeno si potesse ridurre le liste d'attesa. Poi un'altra cosa: Il polo non è facilmente raggiungibile per chi non ha la macchina. Sarebbe utile istituire un servizio di trasporti pubblico che possa colmare questa carenza.

D. Se fosse disponibile un migliore servizio di trasporti pubblici, lei o la sua famiglia ne usufruirebbe?

Come ho già detto, si, c'è mia madre che non guida più la macchina e penso ne gioverebbe.

D. Quali nuovi servizi secondo lei potrebbero essere utili?

Credo sarebbe bello far rivivere quella struttura soprattutto con servizi rivolti alla popolazione anziana, che è la più bisognosa, e dotare i paesi limitrofi di un servizio di navette.

RINGRAZIAMENTI

In primo luogo desidero ringraziare la Professoressa Silvia Gron, per la fiducia che ha posto in me accettando di essere la mia relatrice, per la disponibilità e pazienza avuta durante le revisioni per la stesura di questa tesi nonostante la pandemia da Covid-19 e per gli insegnamenti impartiti durante gli esami di progettazione.

Un ringraziamento anche al Dottor Mauro Occhi, senza il quale questo lavoro di tesi non esisterebbe, all'Ufficio Tecnico di Avigliana e alla S.C. Contenzioso e Patrimoniale dell' ASL TO3 per avermi messo a disposizione prezioso materiale.

Un ringraziamento a tutti i professionisti della sanità che hanno accettato di sottoporsi alle mie domande e che mi hanno guidato nell'esplorazione di una struttura complessa come il Polo Sanitario di Avigliana.

Un ringraziamento ai miei genitori, che nonostante le mille e più difficoltà incontrate in questi anni, hanno sempre creduto in me e mi hanno sempre permesso di potermi dedicare allo studio senza ulteriori distrazioni.

Grazie a Francesco e Ilaria, fonte d'ispirazione e di stimolo per la dedizione allo studio.

Grazie a Nonna, sempre pronta ad accudirmi.

Grazie ai miei zii e mia cugina, che hanno sempre avuto fiducia in me.

Grazie agli amici di una vita: Eggar, Dibo e Matteo ma anche Alez, Ale, Alice, Giulio e Fabio per aver reso il tempo libero felice e spensierato, lontano dalle difficoltà quotidiane. Così come gli amici della palestra, Ciardo, Stefanone e Brasca.

Un ringraziamento sentito a tutti i miei compagni di gruppo e compagni avuti in questi anni: Edoardo, Patrick, Stefano, Fabrizio, Alberto, Susanna, Paul, Alessandro, Marco, Lorenzo e Francesco. Un ringraziamento speciale a Gabriel, Alba e Daniele, per il lavoro svolto insieme e per la disponibilità a darmi consigli e suggerimenti.

Infine un ringraziamento a tutte quelle persone che non hanno creduto in me. Uno stimolo in più per dimostrare che nella vita, nonostante tutte le difficoltà e imprevisti, è importante non darsi per vinti, andare oltre i propri limiti e avere fiducia in sé stessi.

BIBLIOGRAFIA

LEGISLAZIONE E POLITICHE SANITARIE

Romano del Nord, *L'ospedale del futuro modelli per una nuova sanità,* in Mirilia Bonnes, Ferdinando Fornara, Marino Bonaiuto (a cura di), Psicologia ambientale e architettura per la progettazione dei luoghi di cura*, Firenze: Il Prato, 2008,*

AIOPgiovani, *L'evoluzione dei sistemi sanitari internazionali a confronto*, Roma: LUISS Business School, 2016

ASLTo3, *Carta dei servizi (Vademecum) 2020/2021*, Torino: ASLTo3, 2020

Fabio Pammoli, Francesco Porcelli, Francesco Vidoli, Monica Auteri, Guido Borà*, La sanità delle Regioni*, Trento: Il Mulino, 2020

Paolo Cornaglia Ferraris, Eugenio Picano, *Malati di Spreco*, Bari: Editori Laterza, 2004

Giorgio Cosmacini, *Storia della medicina e della sanità in Italia,* Bari: Editore Laterza, 2005

Walter Pasini, *150 anni di Sanità Italiana*, Alfa Wassermann, 2011

Federico Toth*, La sanità in Italia*, Bologna: il Mulino, 2014

Ivan Cavicchi, *Medicina e sanità: Snodi cruciali*, Bari: Dedalo, 2010

Fiorina Capozzi, *La sanità italiana definanzata da dieci anni. Tagliati 43mila dipendenti e i posti letto sotto la media Ue. Ecco tutte le criticità,* pubblicato il 5/03/2020, Il Fatto Quotidiano

Milena Gabanelli, *Coronavirus in Italia: i tagli al Servizio sanitario nazionale, chi li ha fatti e perché,* pubblicato il 31/03/2020, Corriera della sera

Francesco Curridori*, Ecco come 10 anni di tagli hanno ridotto la sanità italiana,* pubblicato il 29/03/2020, Il Giornale

Mara Tognetti, *Come ripensare il sistema sanitario dopo questa pandemia*, pubblicato il 03/05/2020, Quotidianosanità

Rosario Ferrara, *L'Ordinamento della Sanità,* Giappichelli, 2020

GIARDINI TERAPEUTICI E SANITA'

Sue Stuart-Smith, *Coltivare il giardino della mente. Il potere riparatore della natura*, Milano: Rizzoli, 2021

Maurizio Corrado, *Vegetecture,* Napoli: Sistemi Editoriali, 2011

M.Gabriella Errico, *Paesaggi terapeutici per le strutture di cura,* Napoli: Massa editore, 2012

Cristina Pandolfo*, Healing Garden. Il giradino che cura*, Roma: Collana Gaia, 2011

Monica Botta, *Healing Garden. Giardino terapeutico per anziani, disabili, bambini, E-volution, 2012*

Autore sconosciuto, *Healing garden: l'Alzheimer si cura in giardino,* pubblicato il 21/09/2017, La Repubblica

Chiara Beria di Argentine, *Il vivaista che cura i malati con i "Giardini Terapeutici"*, pubblicato il 30/09/2017, La Stampa

Spinelli F., Bellini E., Bocci P., Fossati R., *Lo spazio terapeutico. Un metodo per il progetto di umanizzazione degli spazi ospedalieri*, Firenze: Alinea, 1994

C.N.E.T.O., *Progettare per la Sanità, Organizzazione, Tecnologia, Architettura, N°* 01/19, Edra

Maria Cristina Zaza, *Coltivare l'orto e se stessi*, n° 1909, Gardenia

Capolongo Stefano, *Architecture for flexibility in healthcare*, Franco Angeli, 2013

Elisabetta pina, *Andrea Mati. Perché piante e persone possono guarirsi a vicenda,* pubblicato il 15/03/2021, LifeGate

Silvia Marello, *Quo vadis? Analisi per l'orientamento e il Wayfinding nei luoghi di cura*, Politecnico di Torino, Torino (Tesi di Laurea magistrale)

Bagnara Sebastiano, Misiti Raffaello*, Psicologia ambientale*, Il Mulino, Bologna, 1978

Flavia Belvedere, *Lo spazio ospedaliero: tendenze in atto e indirizzi progettuali*, Università degli studi di Palermo: Dipartimento di progetto e costruzione edilizia, Palermo (Tesi di dottorato)

Daniela Fondi, *Architettura per la Sanità. Forma, funzione, tecnologia*, Roma: Kappa, 2002

Dankwart Leistikow, *Dieci Secoli Di Storia Degli Edifici Ospedalieri In Europa. Una Storia Dell'Architettura Ospedaliera*, Roma: Boehringer Sohn, 1967

Lorenzo Dall'Olio, *L'Architettura per gli Edifici della Sanità*, Milano: Officina, 2006

Favretto Anna Rosa, Zaltron Francesca*, «Qui sono come a casa mia». L'umanizzazione delle cure e l'esperienza della malattia nei contesti sanitari*, Il Mulino, 2016

Ittelson William H., *La psicologia dell'ambiente: il contributo della psicologia, geografia, architettura e urbanistica allo studio delle relazioni tra ambiente e processi psicologici*, Milano, 1978

Baroni Maria Rosa, Berto Rita , *Stress ambientale. Cause e strategie di intervento*, Carocci, 2013

Ferrante T*., Hospice: luoghi, spazi, architettura*, Firenze: Alinea, 2008

Cristina Borghi*, Il giardino che cura. Il contatto con la natura per ritrovare la salute e migliorare la qualità della vita*, Giunti Editore, 2007

Ulrich R., Lunden O., Eltinge J., *Effects of exposure to nature and abstract pictures on patients recovering from heart surgery in Psychophysiology*, 1993 vol. 30. P. 7

Ulrich R., *View Through a Window May Influence Recovery from Surgery*, in Science, 1984, vol. 224, p. 420-421.

Ulrich R., Zimring C., Joseph A., Quan X., Choudhary R., *The Role of the Physical Environment in the Hospital of the 21st Century: A once-in-a-lifetime opportunity*, 2004

Clare Cooper Marcus, Marni Barnes, *Healing Gardens. Therapeutic benefits and design recommendations*, Jonh Wiley and Sons, Inc, 1999

Centro regionale di Documentazione per la Promozione della Salute, *Glossario O.M.S.Della Promozione della Salute*, in Eena Barbera, Claudio Tortone, 2012, p. 1

Maurizio Mauri, Umberto Veronesi, *Il nuovo modello di Sanità*, 2001, p XII

Umberto Veronesi, Maurizio Mauri*, Costruiamo l'ospedale*, 2011, p. 64

Carta di Ottawa, 1986, p.1

ALTRE TEMATICHE

Corino, L. Dezzani, *Una strada per il Moncenisio*, Borgone Susa: Melli Editore, 1986

Casorati Pier Renato, *Avigliana,* Como: Pietro Cairoli Editore, 1963

Bruna Bertolo, *Storia della Val Di Susa. Dall'800 ai giorni nostri*, Susalibri, 2016

Paolo Nesta*, La Cappella dell'Addolorata e il vecchio Ospedale*, La Valsusa

Paolo Gras, Valerio Tonini, *Le Valli di Susa*, Torino: Il Capitello, 1991

Claudio Bertotto, Valle di Susa, Tesori d'arte*, Il patrimonio artistico della Valle di Susa*, Torino: Umberto Allemandi & C., 2005

Lodovico Marchisio, Arnaldo Reviglio, Marina Portigliatti, *Avigliana, il borgo medioevale, il cuore verde e i suoi dintorni,* Torino: OAK Editions, 2017

Ferdinando Miletto*, Valle di Susa... Era così. 365 antiche foto,* Torino: Susalibri, 201

Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (P.N.R.R.), approvato dal Consiglio dei Ministri del 12 gennaio 2021

SITOGRAFIA

https://www.saluteinternazionale.info/2011/03/gli-ospedali-ditalia-ieri-oggi-domani/, consultato il 05/10/2020

https://www.storiadellasicurezzasociale.ch/istituzioni/istituzioni-cantonali-locali-e-private/ospedali, consultato il 05/10/2020

https://sansol.isan.csi.it/la-mia-salute, consultato il 05/10/2020

https://www.giardiniterapeutici.com/, consultato il 05/10/2020

https://www.piantemati.com/giardini-terapeutici/, consultato il 06/10/2020

https://www.corriere.it/, consultato il 06/10/2020

http://www.healingardens.it, consultato il 06/10/2020

https://www.abitare.it, consultato il 06/10/2020

https://www.bimportale.com, consultato il 06/10/2020

https://issuu.com, consultato il 06/10/2020

https://www.architetturaecosostenibile.it, consultato il 06/10/2020

https://biomedicalcue.it/sistema-sanitario-nazionale-tutto-quello-che-devi-sapere/11976/

https://www.aslto3.piemonte.it, consultato il 12/10/2020

https://www.ilfattoquotidiano.it, consultato il 12/10/2020

http://www.salute.gov.it/portale/home.html, consultato il 12/10/2020

https://www.t/eknoring.com, consultato il 12/10/2020

https://www.adnkronos.com, consultato il 20/02/2021

https://www.sanita-digitale.com, consultato il 20/02/2021

https://welforum.it, consultato il 20/02/2021

https://www.regione.piemonte.it/web, consultato il 20/02/2021

https://www.infobuild.it, consultato il 20/02/2021

http://www.quotidianosanita.it, consultato il 20/02/2021

https://www.sanitainformazione.it, consultato il 20/02/2021

https://verdeprofilo.com/it/, consultato il 20/02/2021

https://www.ingenio-web.it, consultato il 20/02/2021

https://www.salute.gov.it/portale/home.html, consultato il 20/02/2021

https://www.dipintosucci.com/, consultato il 20/02/2021

http://www.wayfinding.it/, consultato il 21/02/2021

https://www.academia.edu/, consultato il 21/02/2021

https://www.researchgate.net/, consultato il 21/02/2021

https://www.monicabotta.com/, consultato il 15/03/2021

https://www.milanocittastato.it/news/healing-gardens-curare-i-malati-con-dei-giardini/, consultato il 15/03/2021

https://www.codiferro.it/, consultato il 15/03/2021

https://www.planetasrl.net/blog/, consultato il 15/03/2021

https://www.idroponica.it/, consultato il 15/03/2021

https://www.vivodibenessere.it/i-benefici-degli-ospedali-verdi-la-orto-giardino-terapia/, consultato il 15/03/2021

https://verdeprofilo.com/it/news-e-blog/benefici-del-verde-negli-ospedali, consultato il 15/03/2021

https://www.gsanews.it/terza-pagina/ospedali-verdi-per-guarire-le-persone-e-lambiente/, consultato il 15/03/2021

https://www.galliera.it/, consultato il 15/03/2021

https://www.gazzettadiparma.it/archivio-bozze/2015/11/01/news/ecco_l_ospedale_del_futuro-293275/, consultato il 15/03/2021

https://www.architetturaecosostenibile.it/, consultato il 20/03/2021

http://www.progettareperlasanita.it/, consultato il 20/03/2021

https://iltorinese.it/2020/11/20/rsa-la-pandemia-si-puo-combattere-con-la-tecnologia-e-il-ripensamento-dellarchitettura/., consultato il 20/03/2021

https://www.regione.piemonte.it/web/, consultato il 20/03/2021

https://www.agi.it/cronaca/longform/2020-04-09/coronavirus-epidemia-sanita-8283581/, consultato il 20/03/2021

https://www.sanita-digitale.com/in-evidenza/come-cambiera-lorganizzazione-ospedaliera-post-covid19/, consultato il 20/03/2021

https://www.adnkronos.com/quale-ssn-dopo-il-covid-19-le-proposte-di-esperti-e-politici_gDyr3vqmrcaKPi9rSDRFv, consultato il 20/03/2021

https://welforum.it/il-punto/1-un-nuovo-paradigma-per-i-servizi-sanitari/dopo-il-coronavirus-che-fare-del-sistema-sanitario/, consultato il 20/03/2021

https://www.ilfoglio.it/salute/2020/03/25/news/come-sara-il-futuro-delle-sanita-le-scelte-che-dovremo-fare-in-fretta-307098/, consultato il 20/03/2021

https://www.genova24.it/2018/12/firmato-il-progetto-definitivo-del-nuovo-galliera-ecco-come-cambiera-lospedale-della-curia-209497/, consultato il 20/03/2021

https://cerba.it/it/home/, consultato il 20/03/2021

http://www.turismoavigliana.it/page/view/il-centro/, consultato il 10/05/2021

https://www.comune.avigliana.to.it/it-it/home, consultato il 10/05/2021

https://www.valdisusaturismo.it/avigliana/, consultato il 10/05/2021

https://www.vallesusa-tesori.it/it/, consultato il 10/05/2021

https://www.geoportale.piemonte.it, consultato il 10/05/2021

https://www.Italiapedia.it, consultato il 10/05/2021

https://www.autostrade.it/it/la –nostra-rete, consultato il 10/05/2021

https://www.ruparpiemonte.it, consultato il 10/05/2021

https://www.sistemapiemonte.it, consultato il 10/05/2021

https://dati.istat.it/, consultato il 10/05/2021

https://www.tuttitalia.it, consultato il 10/05/2021

https://www.comuni-italiani.it, consultato il 10/05/2021

https://daticensimentopopolazione.istat.it, consultato il 10/05/2021

GLOSSARIO

SSN: Sistema Sanitario Nazionale.

LEA: Livelli Essenziali di Assistenza.

ASL: Azienda Sanitaria Locale.

ASO: Azienda Sanitaria Ospedaliera.

IRCCS: Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico.

CdS: Casa della Salute. Le Case della salute sono un punto di riferimento per i cittadini, spesso vicino casa, dove poter accedere alle cure primarie, ricevere informazioni e poter usufruire di servizi relativi alla salute.

CAVS: Continuità Assistenziale a Valenza Sanitaria.

CAP: Centro Assistenza Primaria.

MMG. Medico di medicina Generale.

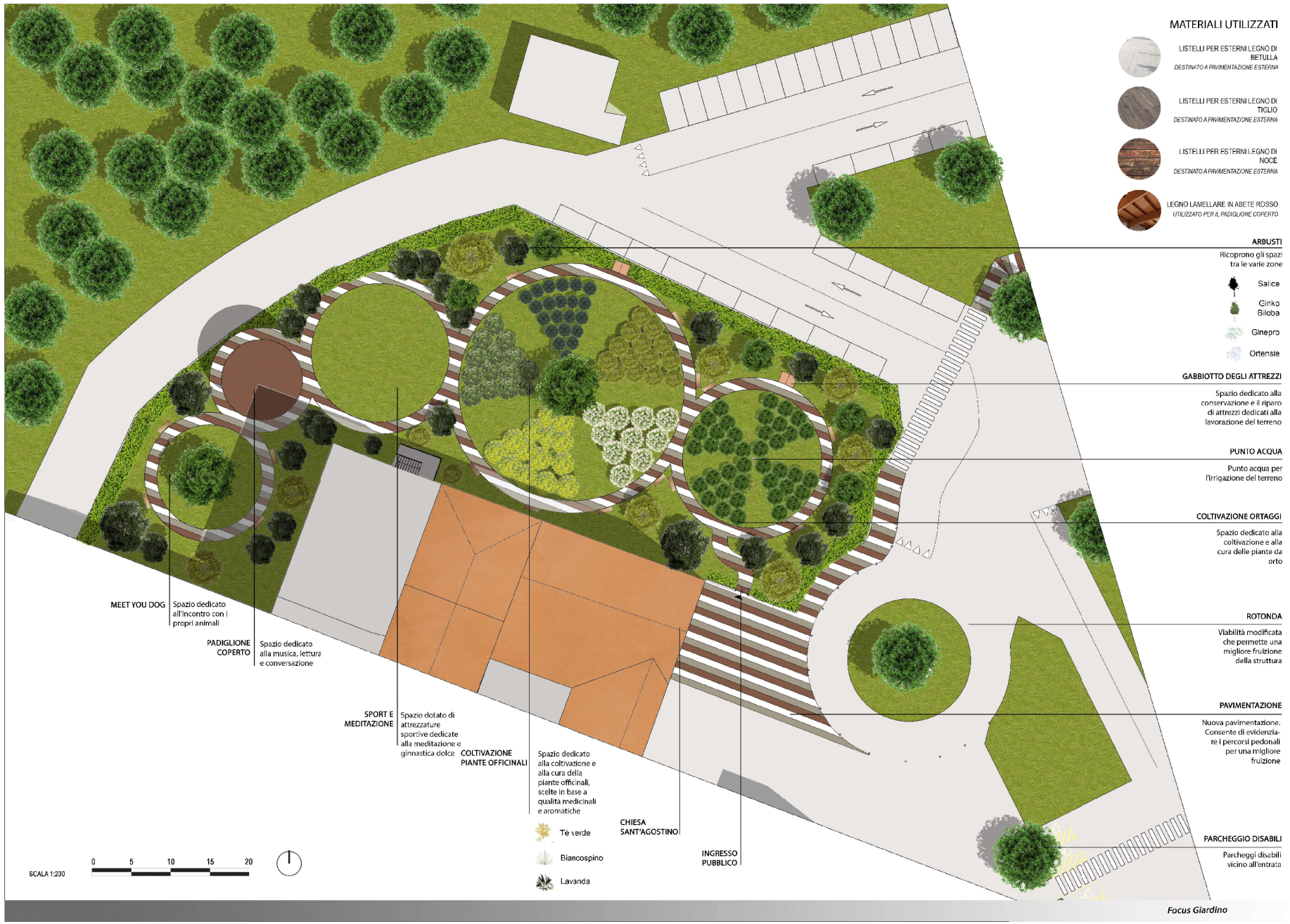
SWOT: Analisi di un'area con punti di forza, punti di debolezza, Opportunità e Minaccie.

WAYFINDING Capacità di una persona di determinare idealmente la sua posizione mediante l'utilizzo di mappe cognitive, quindi la capacità di un individuo di raggiungere una destinazione.

THERAPEUTIC GARDEN: Giardino Terapeutico. Un giardino terapeutico è uno giardino all'aperto o al chiuso che è stato progettato con l'obiettivo per soddisfare i bisogni psicologici, fisici, sociali e spirituali delle persone che ne usufruiscono, nonché dei loro caregiver, familiari e amici.

CENTRO DI INDIFFERIBILITA: Centro sanitario dove trovano risposta esigenze indifferibili.

Tesi di Laurea Magistrale in
Restauro e Valorizzazione del Patrimonio
Titolo tema:
Architettura e sanità: una proposta di rigenerazione
del Polo Sanitario di Avigliana (TO)
Relatrice:
Silvia Groni
Candidato:
Alberto Cilla
Politecnico di Torino
Dipartimento di Architettura e Design
Corso di Laurea Magistrale in Architettura per il Restauro e la Valorizzazione del Patrimonio
A.A. 2020/2021
01
Masterplan
SCALA 1:500
DEFINIZIONE DEGLI INTERVENTI
LEGENDA
- Realizzazione nuovo ingresso
- Realizzazione nuova pavimentazione
- Realizzazione giardino
- Realizzazione rotonda
- Regolarizzazione parcheggio - 126 posti auto
- Regolarizzazione parcheggio - 30 posti (8 prioritari)
- Realizzazione scala e rampa pedonale
- Realizzazione nuovo parcheggio - 119 posti auto
- Inserimento fermata trasporto pubblico
- Inserimento pista ciclabile
VIA SANT'AGOSTINO
VIA BENETTI
VIA SANT'EUSEBIO
VIA DEI BRUT
CORSO LAGHI
PIAZZALE ERNESTO CHE GUEVARA
POLO SANITARIO
LIBERO
0.00
-4.00
-5.00



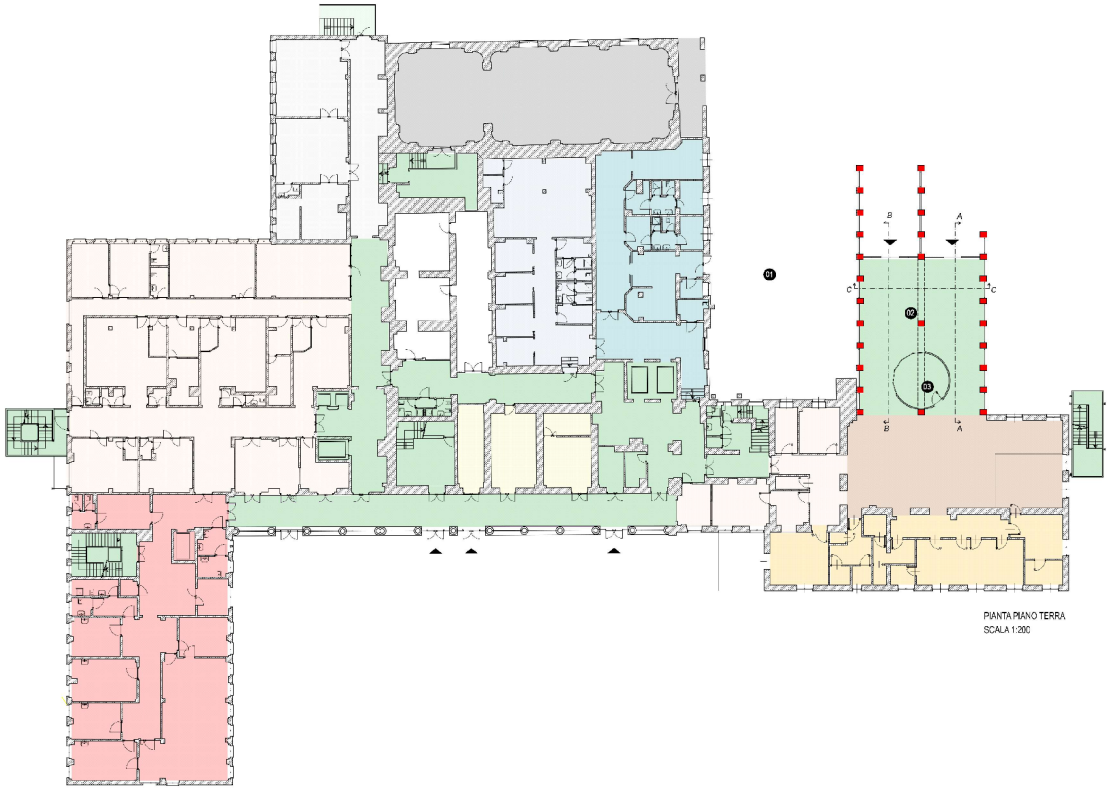
Politecnico di Torino
Dipartimento di Architettura e Design
Corso di Laurea Magistrale in Architettura per il Restauro e la Valorizzazione del Patrimonio
A.A. 2020/2021

Relatrice:
Silvia Gron

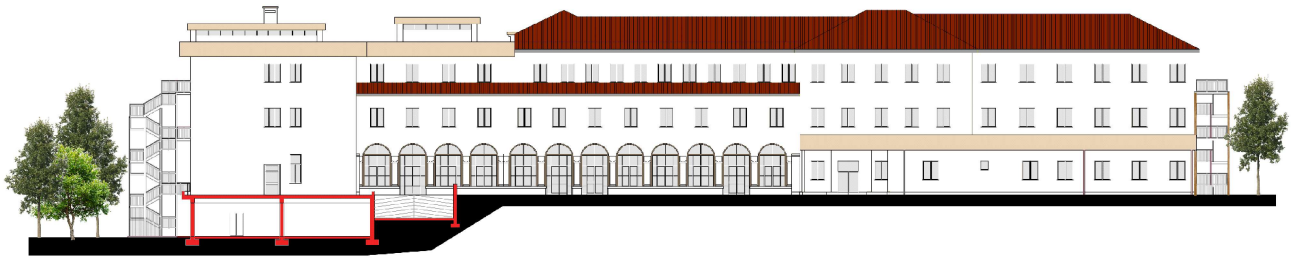
Candidato:
Alberto Gila

Tesi di Laurea Magistrale in Restauro e Valorizzazione del Patrimonio
Titolo tesi:
Architettura e Sanità: una proposta di rigenerazione del Polo Sanitario di Avigliana (TO)

02

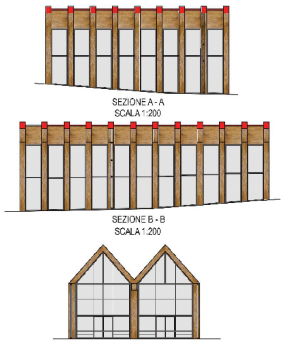


PIANTA PIANO TERRA
SCALA 1:200



PROSPETTO SUD
SCALA 1:200

INTERVENTO 2



SEZIONE A - A
SCALA 1:200

SEZIONE B - B
SCALA 1:200

SEZIONE C - C
SCALA 1:200

MATERIALI UTILIZZATI

TRAVI DI LEGNO LAMELLARE
DESTINATE ALL'INGRESSO PRINCIPALE

GRES PORCELLANATO EFFETTO LEGNO
DESTINATO ALLA PAVIMENTAZIONE DELL'INGRESSO PRINCIPALE

LEGENDA

- ZONA PRELIEVI
- SALA D'ATTESA
- LOCALI ACCESSORI
- ATRIO
- ATRIO SECONDARIO
- ZONA DISTRIBUZIONE
- SPOGLIATOI PERSONALE
- AMBULATORI
- RADIOLOGIA
- GUARDIA MEDICA
- DEPOSITO / MAGAZZINO

DEFINIZIONE DEGLI INTERVENTI

LEGENDA

01 DEMOLIZIONE BASSO FABBRICATO REPARTO OCULISTICA
02 REALIZZAZIONE NUOVO INGRESSO
03 REALIZZAZIONE CENTRALINO UFFICIO INFORMAZIONI

0 5 10 15 20

Politecnico di Torino
Restauro e Valorizzazione del Patrimonio Architettonico
Corso di Laurea Magistrale in Architettura per il Restauro e la Valorizzazione del Patrimonio
A.A. 2020/2021

Relatrice:
Silvia Gron

Candidato:
Alberto Cilia

Tesi di Laurea Magistrale in
Restauro e Valorizzazione del Patrimonio
Tipologia Ospedaliera
Architettura e Sanità: una proposta di rigenerazione
del Polo Sanitario di Avigliana (TO)

MATERIALI UTILIZZATI

LISTELLI IN GRES PORCELLANATO PER INTERNI
DESTINATE ALLA PAVIMENTAZIONE

CALCESTRUZZO
DESTINATE ALLA REALIZZAZIONE DEI VASCONI

TRAVI DI LEGNO LAMELLARE
DESTINATE ALLA REALIZZAZIONE DELLA COPERTURA

DEFINIZIONE DEGLI INTERVENTI

01 - REALIZZAZIONE TETTO PIANO
02 - REALIZZAZIONE VASCONI
03 - REALIZZAZIONE CAVIS

LEGENDA

- AMBULATORI
- DISTRIBUZIONE - SCALE E FILTRO
- INGRESSO - ATRIO
- CAVIS
- ZONA DISTRIBUZIONE

SEZIONE A - A
SCALA 1:200

SEZIONE B - B
SCALA 1:200

SEZIONE C - C
SCALA 1:200

SEZIONE D - D
SCALA 1:200

0 5 10 15 20

Politecnico di Torino
Dipartimento di Architettura e Design
Corso di Laurea Magistrale in Architettura per il Restauro e la Valorizzazione del Patrimonio
A.A. 2020/2021

Relatrice:
Silvia Gron

Candidato:
Alberto Cilla

Tesi di Laurea Magistrale in
Restauro e Valorizzazione del Patrimonio
Titolo tema:
Architettura e Sanità: una proposta di rigenerazione del Polo Sanitario di Avigliana (TO)

04

Pianta piano primo

PROSPETTO EST
SCALA 1:200
0
5
10
15
20
PIANTA PIANO SECONDO
SCALA 1:200
DEFINIZIONE DEGLI INTERVENTI
REALIZZAZIONE
REPARTO OCULISTICA
LEGENDA
UFFICI PERSONALE
ZONA DISTRIBUZIONE
REPARTO CAVS
REPARTO ODONTOSTOMATOLOGICA
PROSPETTO NORD
SCALA 1:200
PROSPETTO OVEST
SCALA 1:200