

1° Convegno Nazionale Ospedale, Città e Territorio
Un metabolismo da riequilibrare

IL RIASSETTO DELL'OSPEDALE POLICLINICO

Dott. Giovanna Ghirlanda Ing. Luca Mozzini

I due presidi dell'Azienda Ospedaliera di Verona



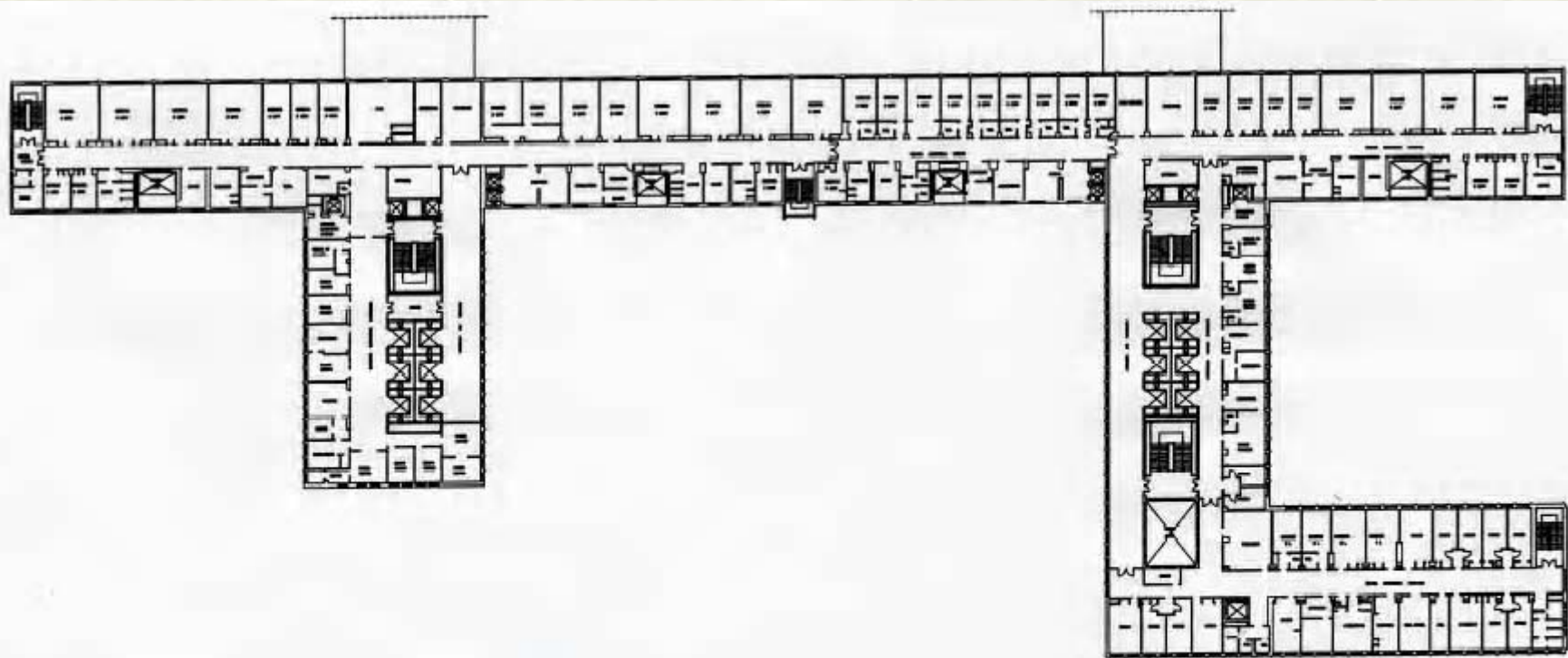
La Tipologia Ospedaliera del Monoblocco

- Il termine monoblocco viene coniato dall'architettura razionalista ed identifica una nuova tipologia di Ospedale che nasce negli Stati Uniti negli anni '20
- In Europa si sviluppa nel secondo dopoguerra
- Indica ospedali alloggiati in edifici multipiano a sviluppo essenzialmente verticale
- In Europa l'altezza raggiunta dagli ospedali monoblocco è contenuta entro i 15 piani
- In Italia per legge, R.D. del 20 luglio 1939, l'altezza massima edificabile è di 7 piani salvo deroga come nel caso del Policlinico G.B. Rossi
- Il monoblocco consente la razionalizzazione dei percorsi, ed un'ottimizzazione dell'indice di copertura

L'Ospedale Policlinico G.B. Rossi (prog. Arch. E. Rossi)



Il Piano Tipo del policlinico G. B. Rossi



La Forma Tipica del monoblocco a T prevede la zona riservata alle degenze disposta secondo la direzione dell'ala T e rivolta a sud, sud-est mentre dalla parte opposta sono ubicati i servizi di cura e generali

La Piastra

Primi Anni
Settanta



L'UNIVERSITÀ

Già dall'inizio degli anni '60, comincia a delinearsi l'apertura della Facoltà di medicina a Verona, dapprima come sede staccata dell'Università patavina, successivamente come sede indipendente



Corso di Laurea di Odontoiatria



Primi Anni
Novanta



La Lente Didattica

Fine Anni
Novanta

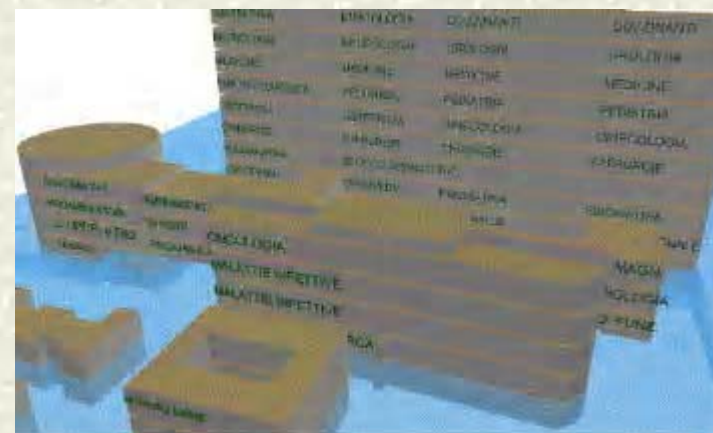
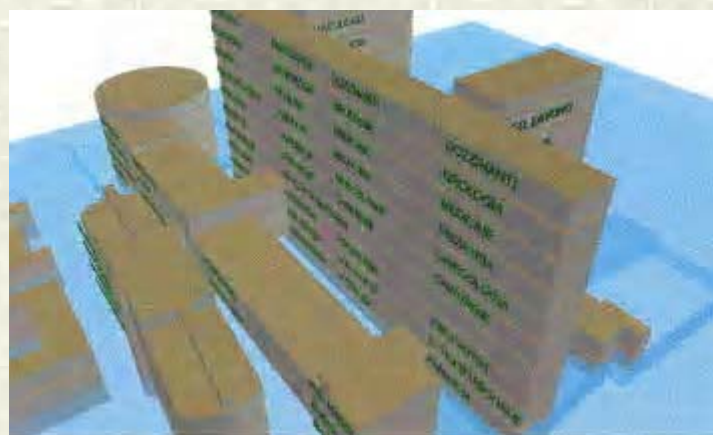
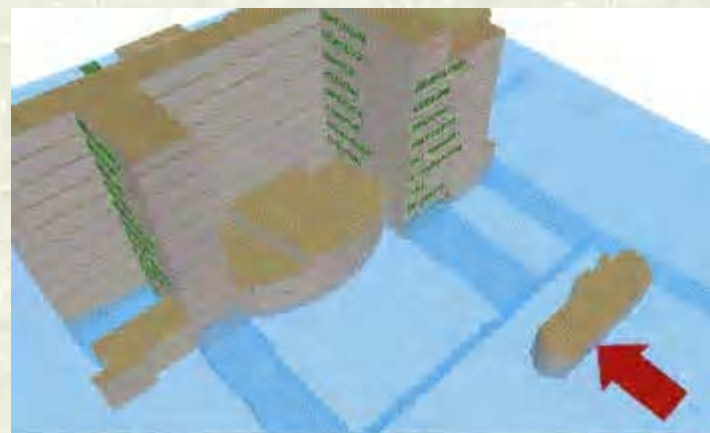


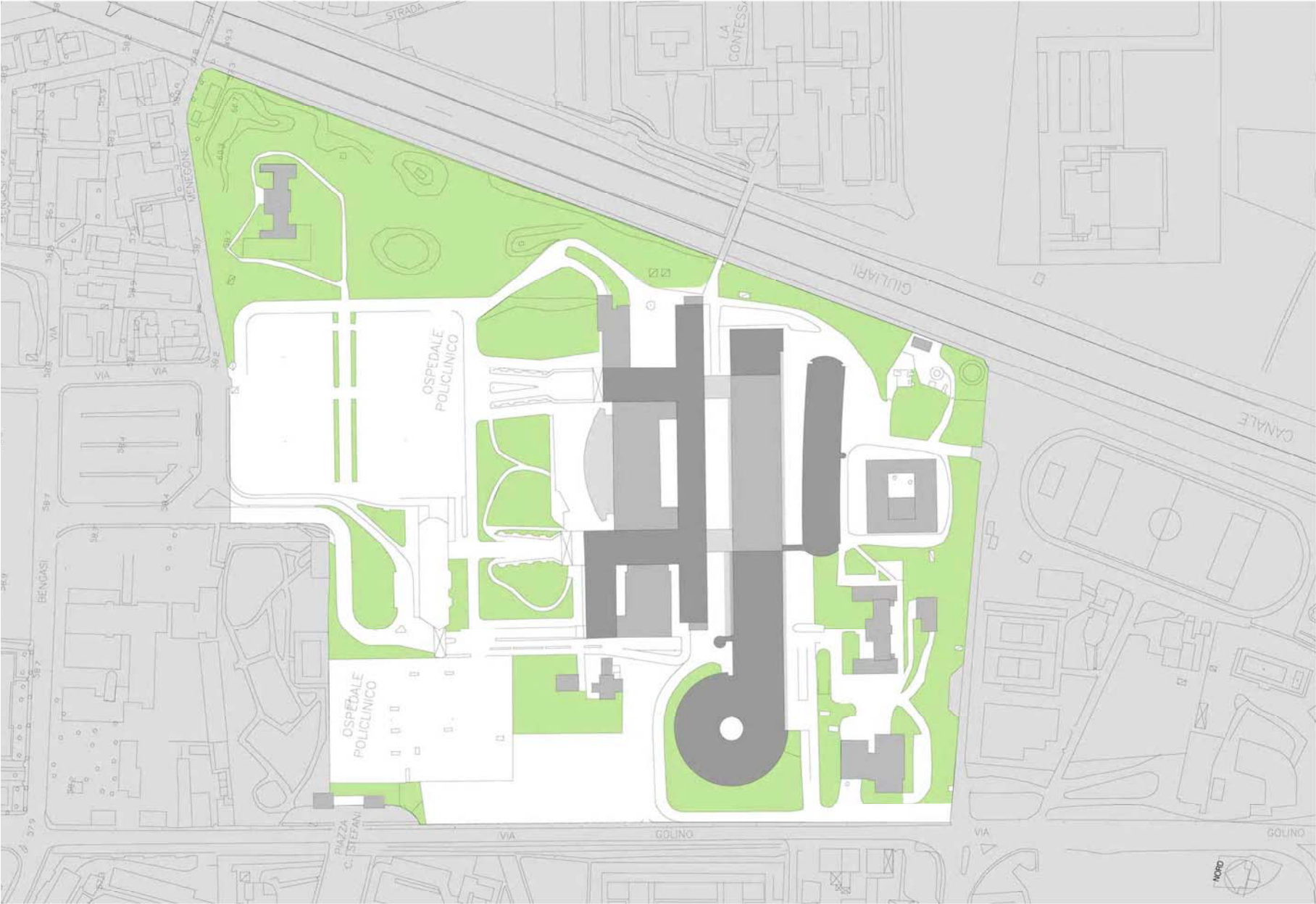
L'Edificio Sud



Inizio Duemila

Il risultato





POLICLINICO "G.B.ROSSI" DI VERONA

FASE DEL PROGETTO	ANALISI DELLO STATO DI FATTO
CONTENUTO DELLA TAVOLA	PLANIMETRIA GENERALE

SCALA	ARCHITETTONICO	CORRISPONDENZA	281_AAXAAA001_A	PROGETTO	281	PLANIMETRIA	001
1:2000	A	10-12-2004	EMERSON PER AGENZIA OSPEDALIERA	PROGETTO	PROGETTO	PROGETTO	PROGETTO

L'invecchiamento della struttura



Il metodo applicato

- # Analisi dell'esistente e dell'orizzonte aziendale e di contesto**
- # Identificazione vincoli**
- # Individuazione delle criticità**
- # Principi guida**
- # Direttrici prioritarie di intervento**

Evidenze dell'analisi

- # **Ritardo impiantistico/strutturale rispetto alla tecnologia**
- # **Implementazione non sempre coordinata di nuovi modelli assistenziali**
- # **Aumentate aspettative alberghiere del paziente**
- # **Esigenze di sicurezza e funzionalità degli ambienti di vita e di lavoro**
- # **Aumentate esigenze della didattica e dell'aggiornamento professionale**
- # **Vivace attività di ricerca**

I Vincoli

- # Trend epidemiologici**
- # Programmazione ospedaliera regionale**
- # Riorganizzazione aziendale**
- # Rete dell'offerta territoriale**
- # Trend tecnologici**
- # Mission dell'Azienda ospedaliero-universitaria per Ricerca e Didattica**

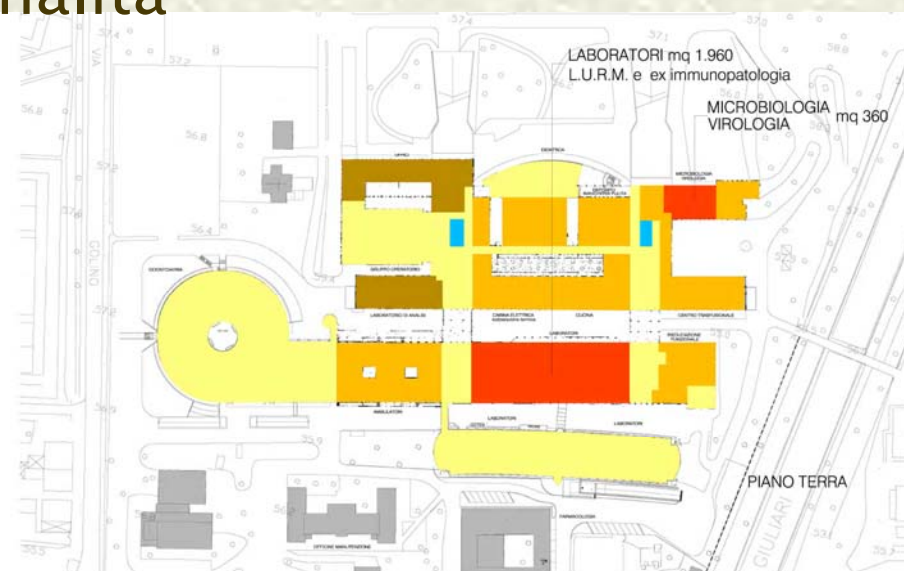
Nodi da sciogliere

- # Necessità di adeguamento normativo di impianti e strutture**
- # Disomogeneità fra aree funzionali e modelli organizzativi**
- # Necessità di ridefinire il baricentro strutturale**
- # Accessi/Percorsi sovraffollati e sovrapposti e prevalentemente verticali**

Stato di fatto della funzionalità

Piano dell'entrata e del Pronto soccorso

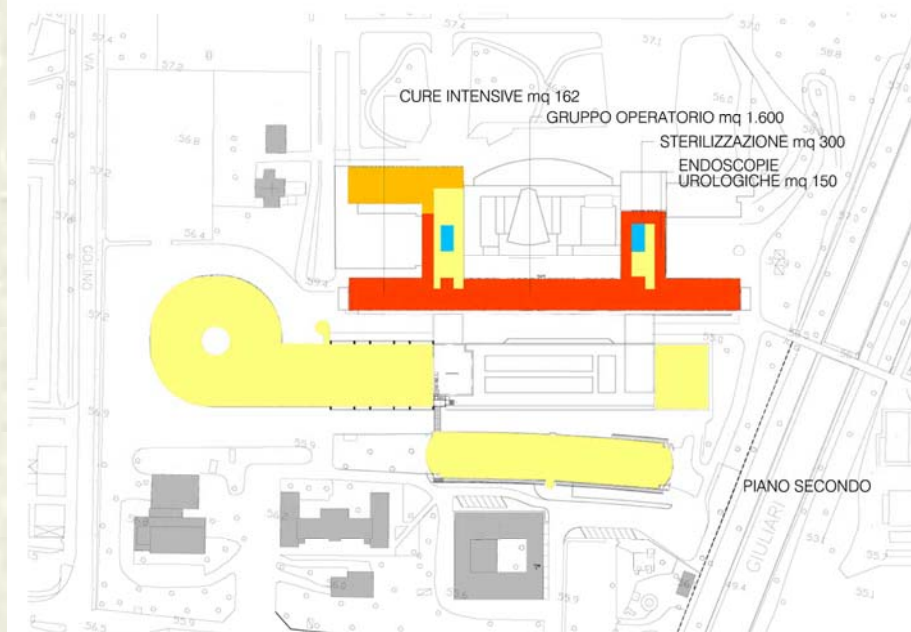
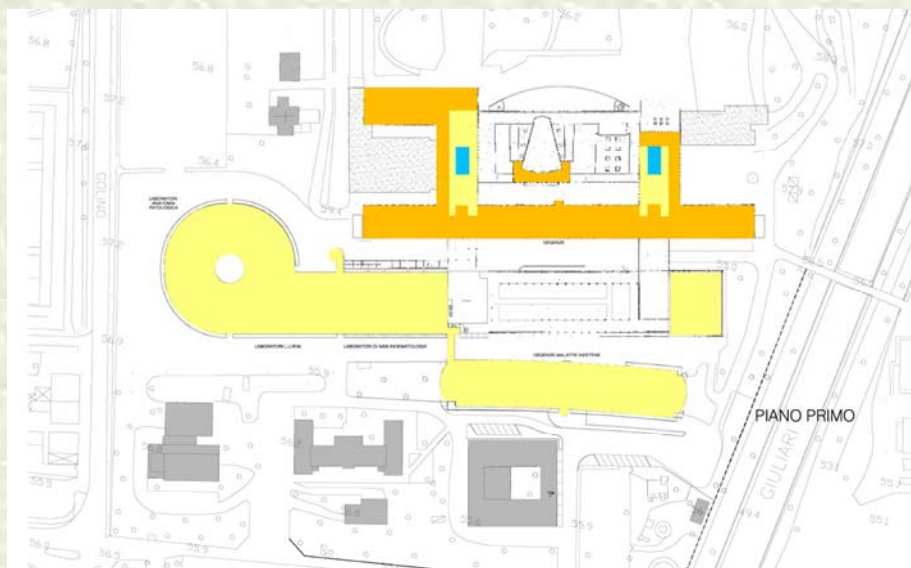
- AREE CARENTI
- AREA ALTAMENTE CRITICA
per superficie, localizzazione,
qualità e sicurezza
 - AREA CRITICA
per localizzazione,
qualità e sicurezza
 - AREA MODESTAMENTE CRITICA
per qualità e sicurezza
 - AREA ADEGUATA
o con modesti interventi



Piano del Blocco Operatorio e della Rianimazione

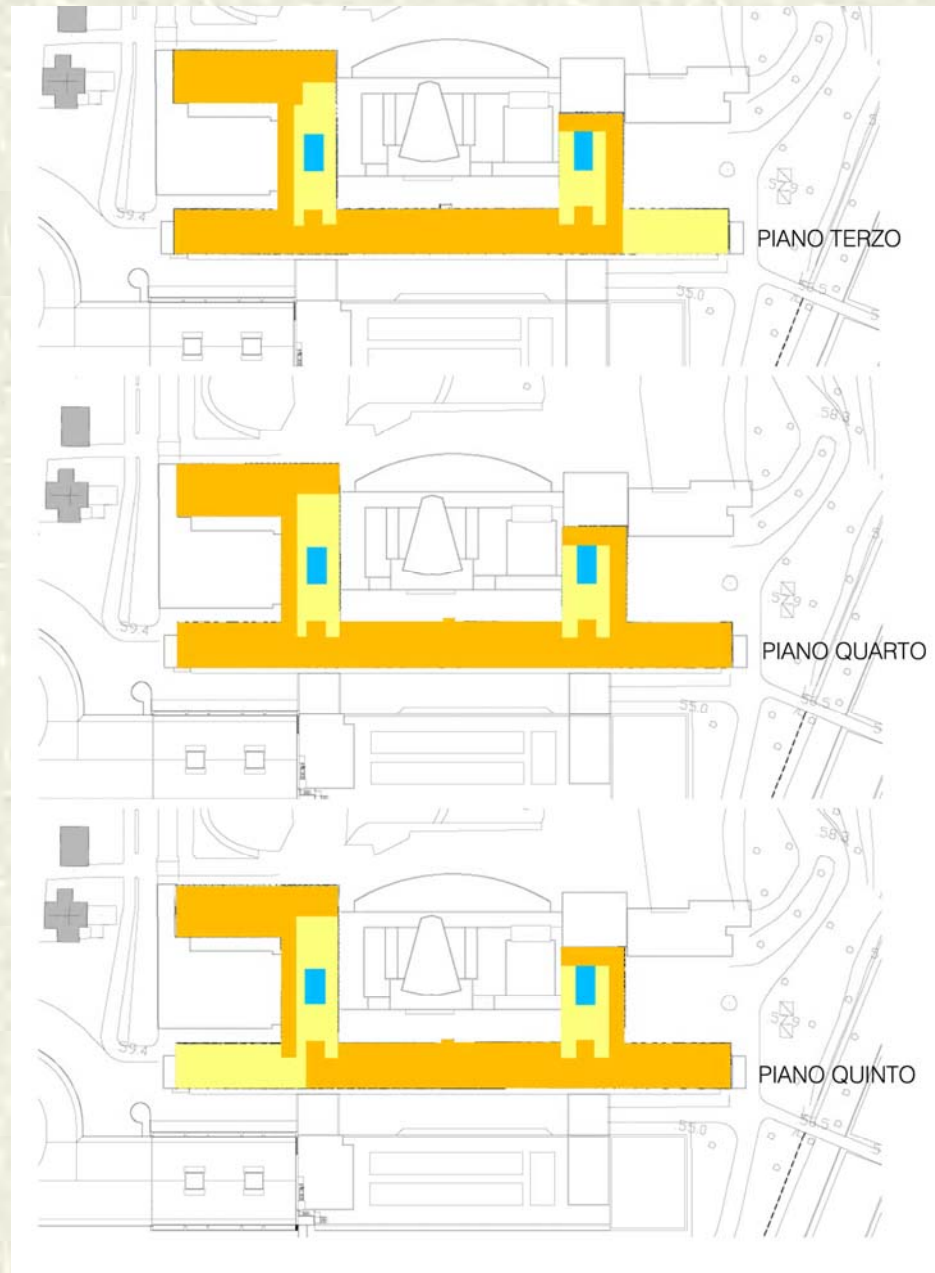
AREE CARENTI

- AREA ALTAMENTE CRITICA per superficie, localizzazione, qualità e sicurezza
- AREA CRITICA per localizzazione, qualità e sicurezza
- AREA MODESTAMENTE CRITICA per qualità e sicurezza
- AREA ADEGUATA o con modesti interventi



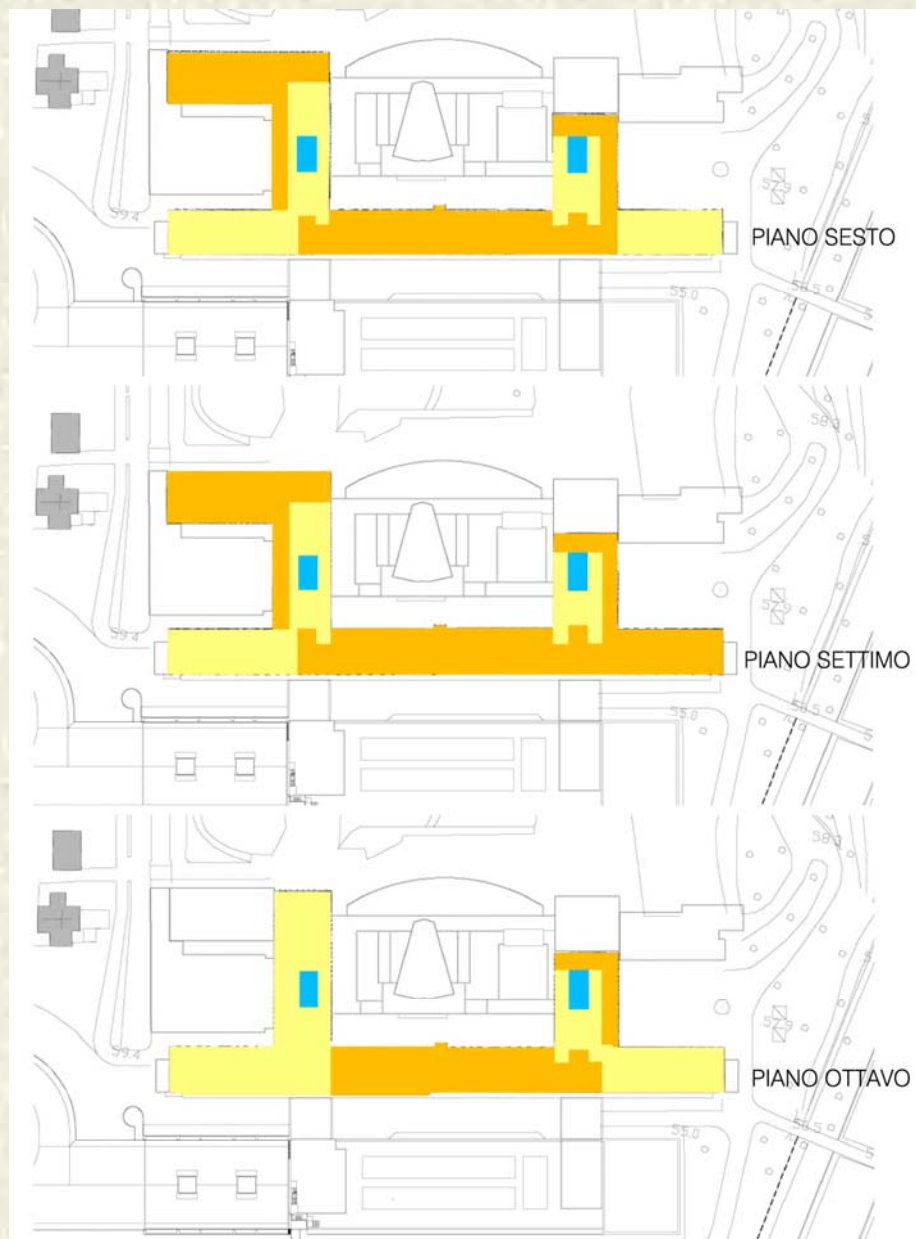
Piani delle degenze

- AREE CARENTI
- AREA ALTAMENTE CRITICA
per superficie, localizzazione,
qualità e sicurezza
 - AREA CRITICA
per localizzazione,
qualità e sicurezza
 - AREA MODESTAMENTE CRITICA
per qualità e sicurezza
 - AREA ADEGUATA
o con modesti interventi

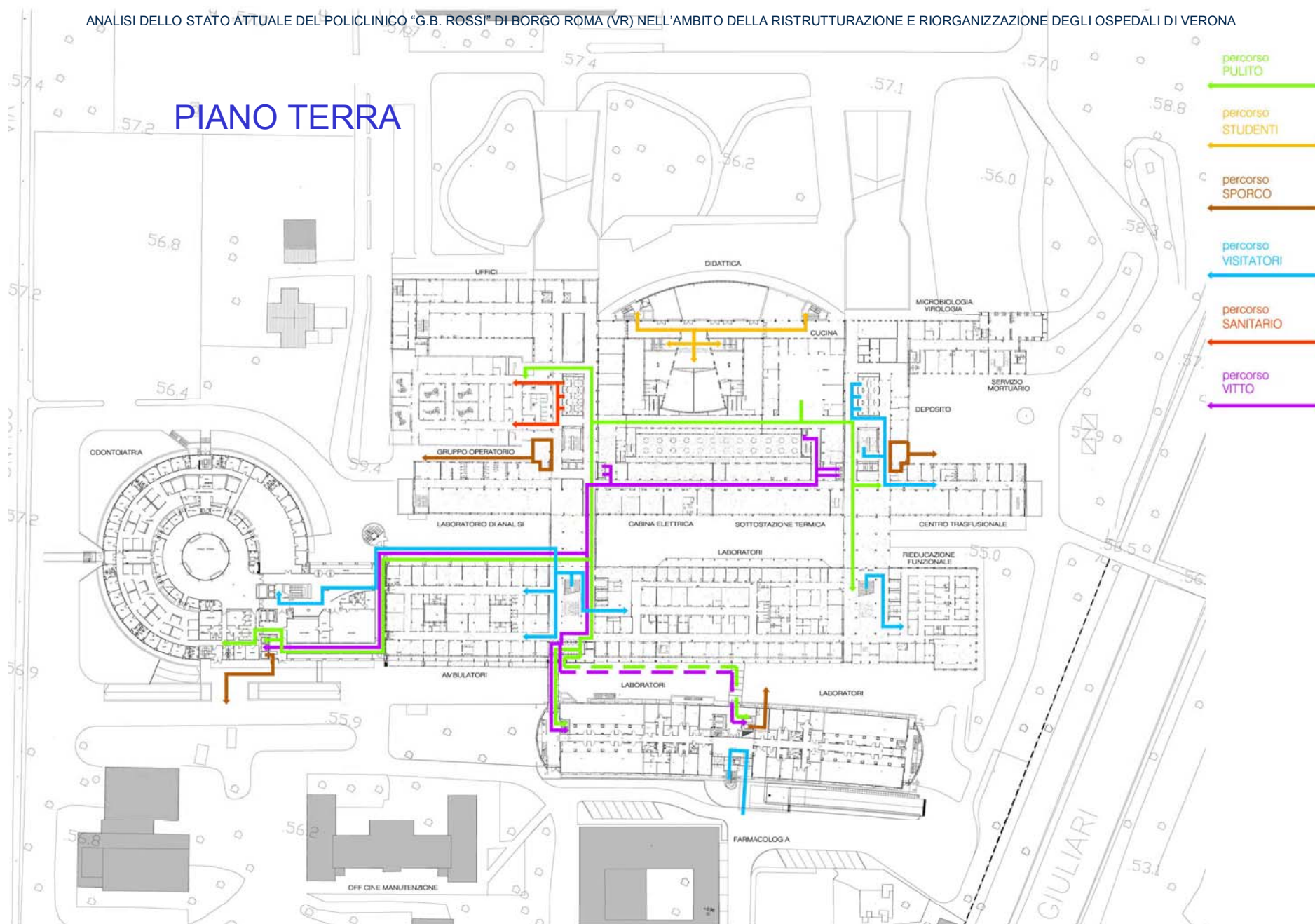


Piani delle degenze

- AREE CARENTI
- AREA ALTAMENTE CRITICA
per superficie, localizzazione,
qualità e sicurezza
 - AREA CRITICA
per localizzazione,
qualità e sicurezza
 - AREA MODESTAMENTE CRITICA
per qualità e sicurezza
 - AREA ADEGUATA
o con modesti interventi



PIANO TERRA



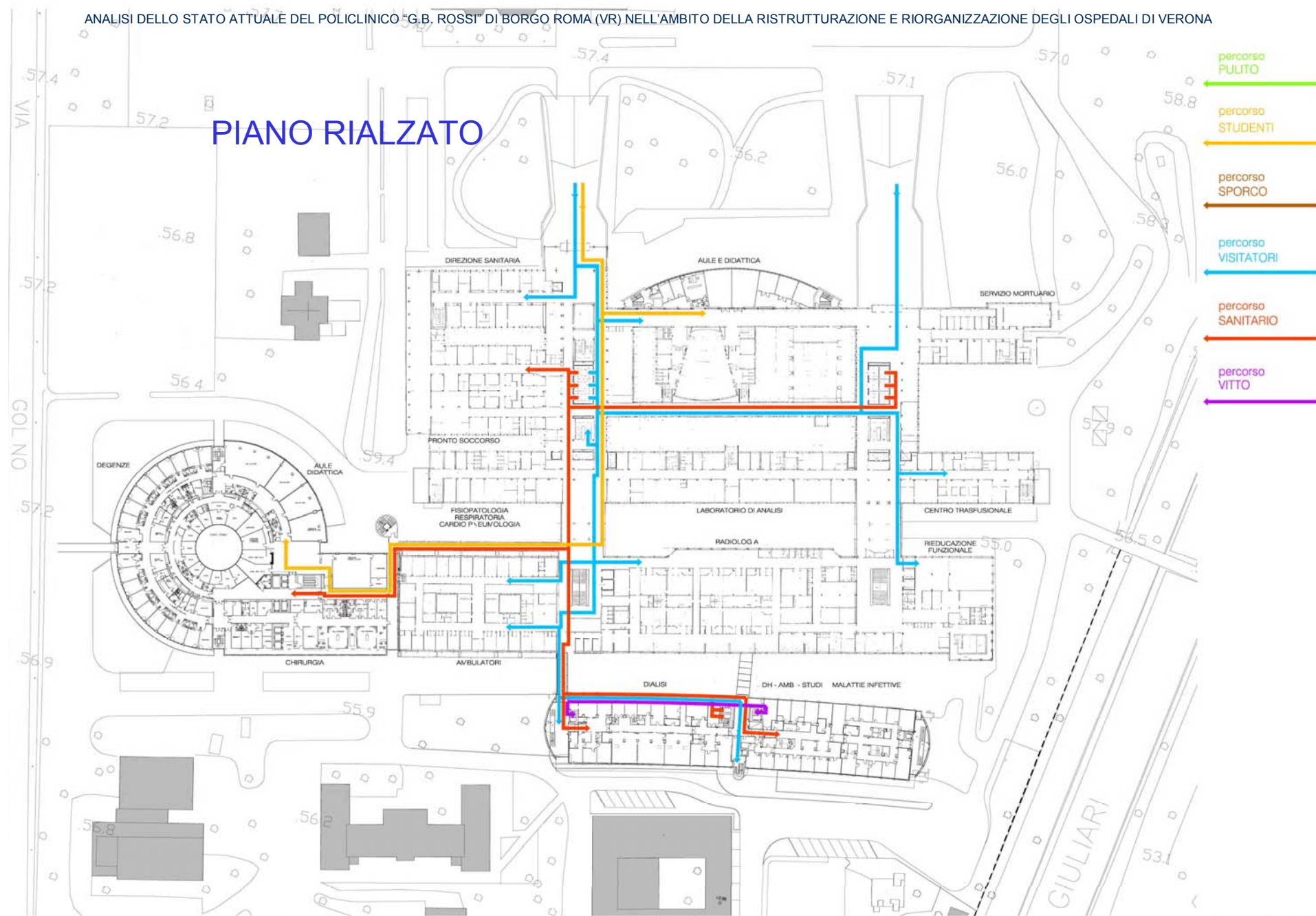
POLICLINICO "G.B.ROSSI" DI VERONA

FASE DEL PROGETTO
CONTENUTO DELLA TAVOLA

ANALISI DELLO STATO DI FATTO
PERCORSI - PIANO TERRA

SCALA	ARCHITETTO CO	COORDINATA	PROGETTO	281	040
1:1000	A	10-12-2004	EMISSO PER AGENZIA OSPEDALIERA	PROGETTO	040
				REVISIONE	
				APPROVAZIONE	
				VERIFICA	
				CONSEGNA	

PIANO RIALZATO



POLICLINICO "G.B.ROSSI" DI VERONA

FASE DEL PROGETTO
CONTENUTO DELLA TAVOLA

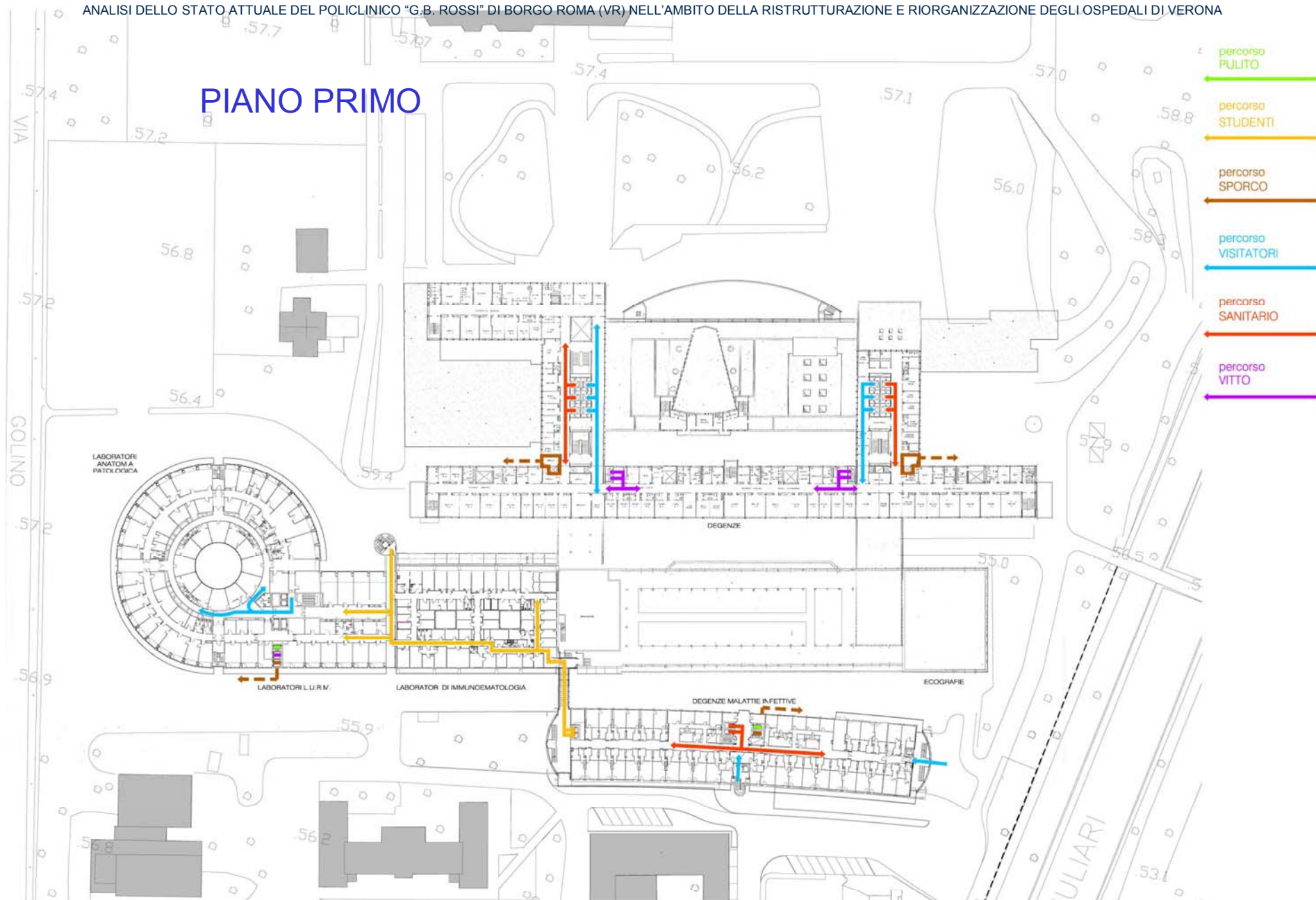
ANALISI DELLO STATO DI FATTO
PERCORSI - PIANO RIALZATO

SCALA	ARCHITETTO	CODICE	PRATICA	NUMERO
1:1000	A	281_AAXAAB041_A	281	041
REVISIONE	DATA	ESISTENTE	MODIFICATO	APPROVATO
	10-12-2004	EMISSO PER AGENZIA OSPEDALIERA		

Affollamento percorsi



PIANO PRIMO



I principi guida

- 1. Centralità del paziente**
- 2. Accessibilità**
- 3. Riorganizzazione aziendale**
- 4. Qualificazione strutturale**
- 5. Flessibilità della struttura**
- 6. Razionalizzazione aree/percorsi**

Principi guida:
1. Centralità del paziente

Attenuare l'impatto del paziente con la imponente struttura a monoblocco

Pensare l'Ospedale strutturato ad aree funzionali che accolgano le persone con problemi di salute e rispondano ai suoi bisogni, in un ambiente confortevole ed amico, con competenza ed efficacia, in modo essenziale ed efficiente

Principi guida: 2. Accessibilità

Accessibilità strutturale e organizzativa

Intesa come:

Sicurezza (degli ambienti, delle attrezzature, delle procedure, ecc. ...)

Abitabilità degli spazi (comfort e umanizzazione)

Accoglienza di tutta l'utenza: il paziente, i visitatori, gli operatori dell'assistenza, della formazione, della didattica.

Semplificazione dei percorsi e dei contatti

Principi guida:

3. Riorganizzazione aziendale

- # Congruenza degli interventi con il profilo funzionale definito per le due sedi ospedaliere nel documento di riprogettazione aziendale**

Principi guida:
4. Flessibilità della struttura

- # Pensare ad una struttura che dovrà potersi adattare alle esigenze assistenziali e formative future**

Principi guida:
5. Razionalizzazione dei percorsi

- # Evitare il più possibile l'intersezione dei percorsi: pazienti interni ed esterni, visitatori e operatori, funzioni assistenziali e di supporto, studenti.
- # Decongestionare l'ingresso principale finalizzando gli accessi alle funzioni (urgenze, utenti, fornitori, dipendenti)

Principi guida:
6. Razionalizzazione delle aree

- Separare l'attività di degenza ordinaria dalla attività assistenziale solo diurna (day hospital, day surgery, ambulatorio) creando per questa una zona dedicata
- Compattare l'area dell'emergenza-urgenza
- Aggiornare gli spazi di laboratorio alla tradizionale vocazione dell'O.P. alla ricerca
- Adeguare gli spazi dedicati alla didattica e alla formazione

Le funzioni sulle quali intervenire

#Degenza

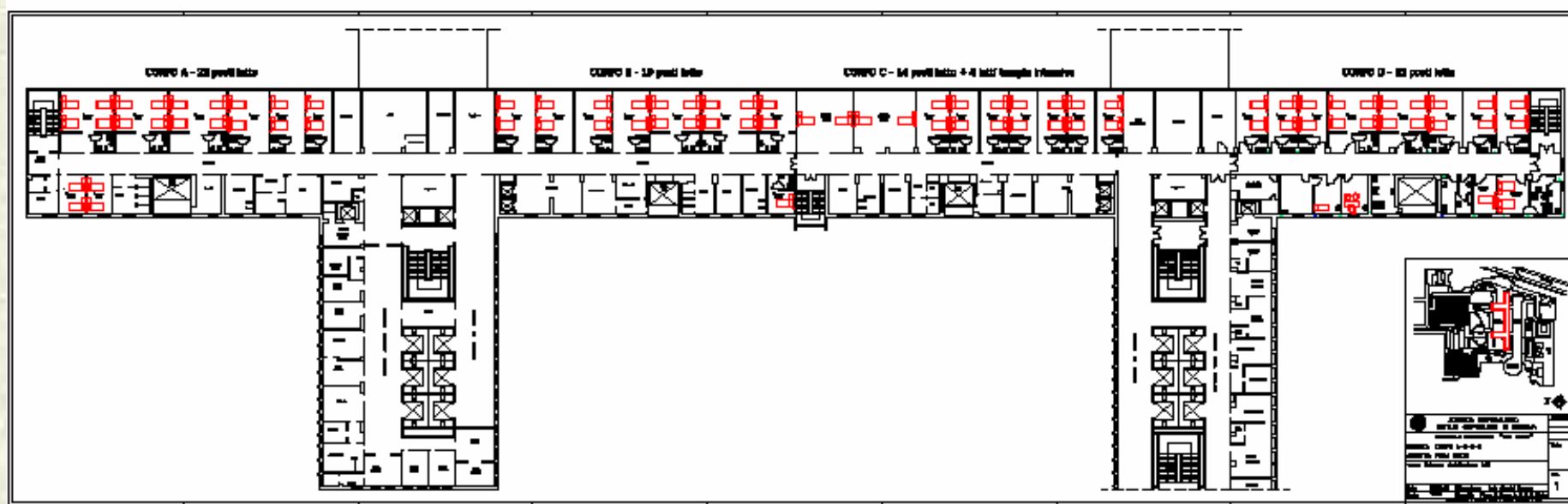
#Emergenza/urgenza

#Out-patient

#Ricerca

#Didattica

Il Piano Tipo del policlinico G. B. Rossi “*ripensato*”

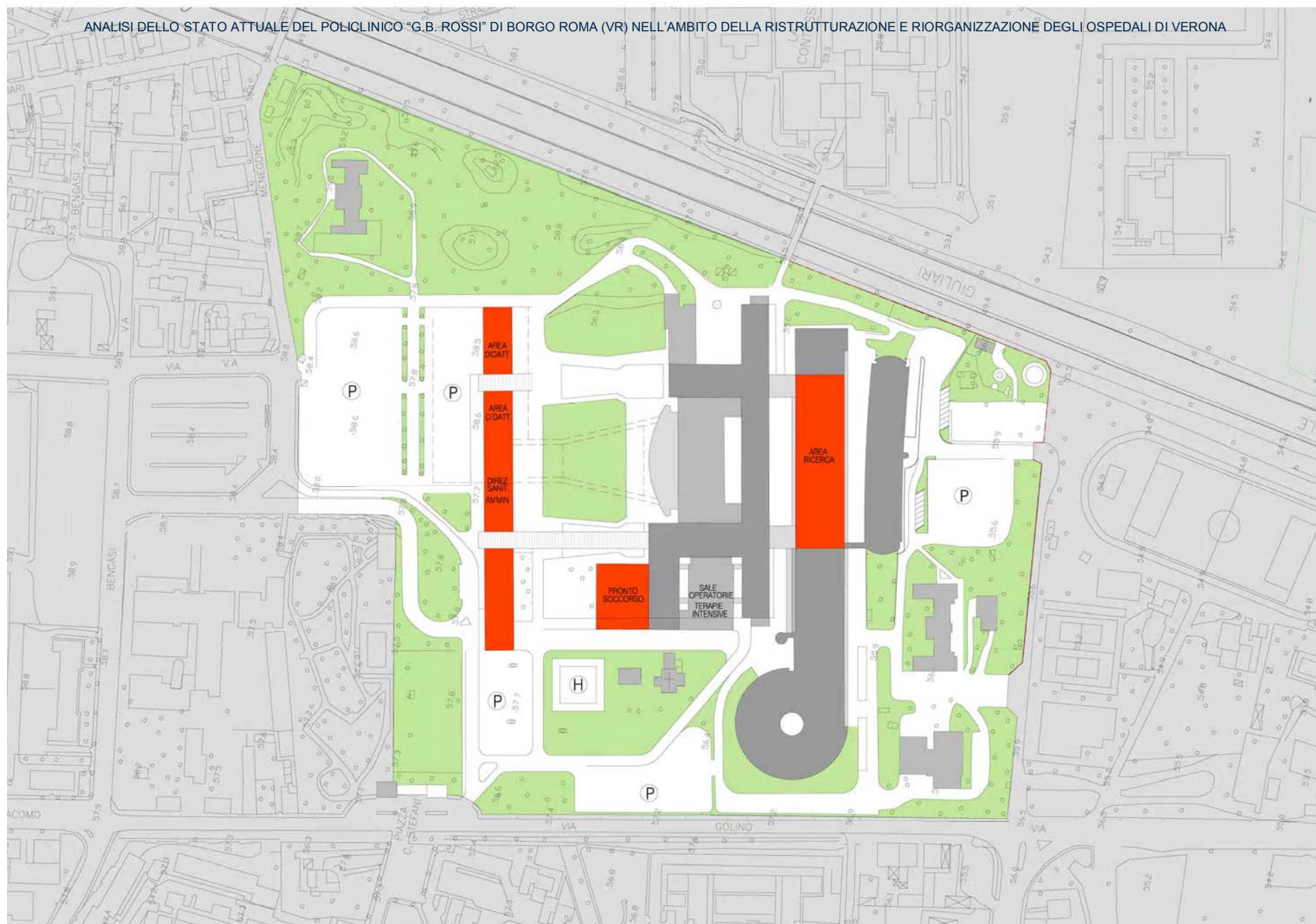


Mantiene esposte a sud tutte le degenze. Prevede: l’inserimento dei servizi igienici in tutte le degenze che passano a 4 e/o 2 posti letto per stanza e il condizionamento dell’intero reparto.

Interventi in atto (con ospedale in attività)

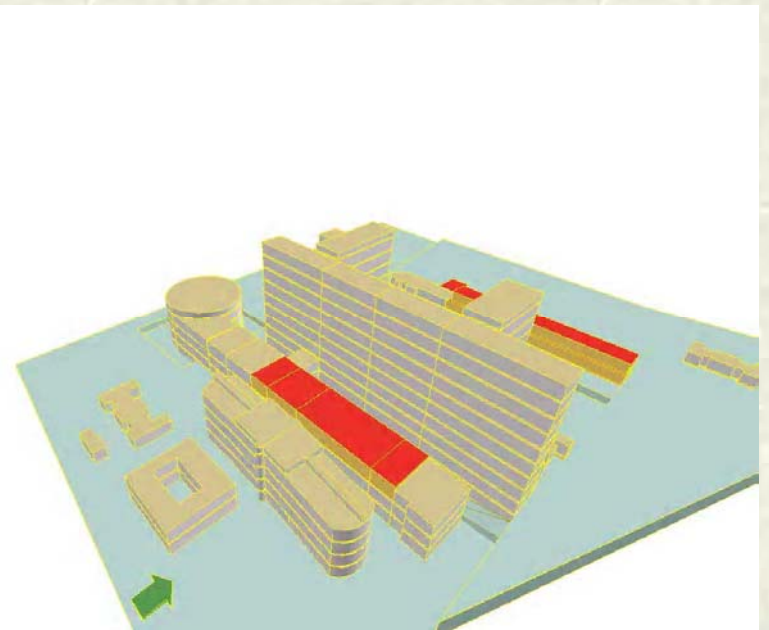
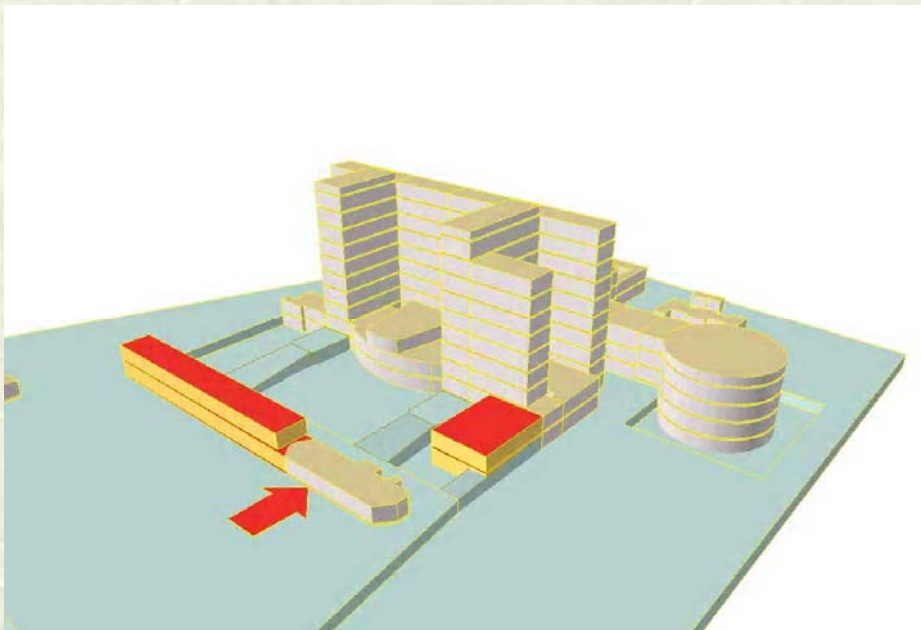
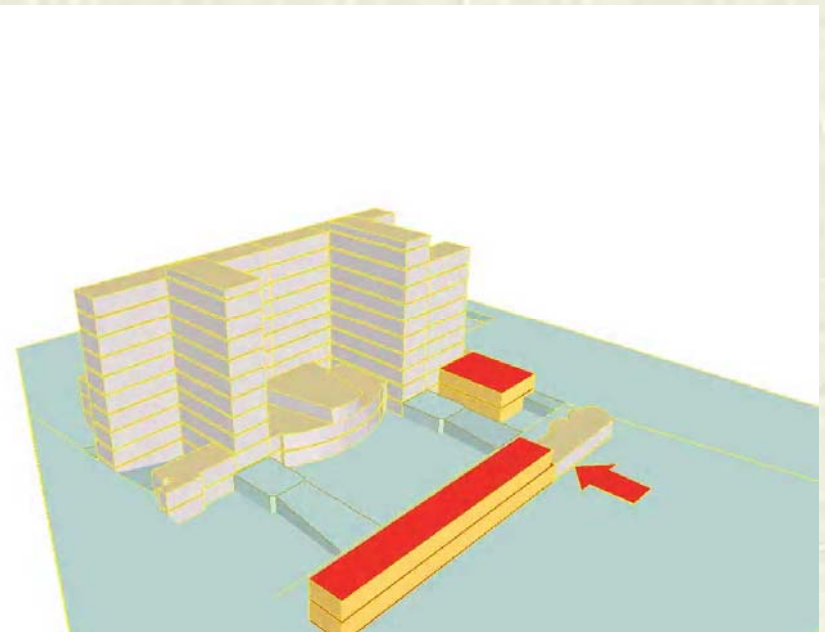
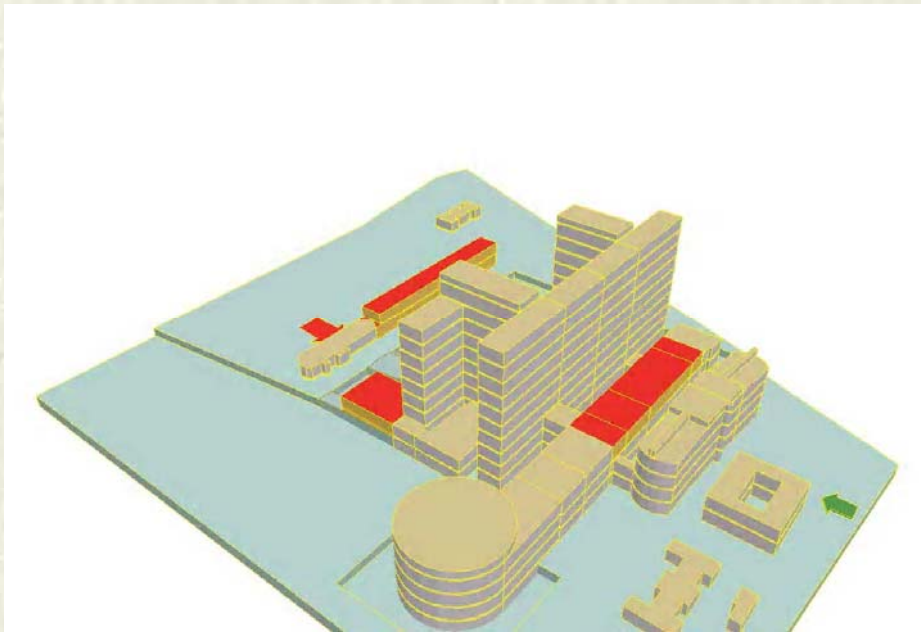


ANALISI DELLO STATO ATTUALE DEL POLICLINICO "G.B. ROSSI" DI BORGO ROMA (VR) NELL'AMBITO DELLA RISTRUTTURAZIONE E RIORGANIZZAZIONE DEGLI OSPEDALI DI VERONA



PLANIMETRIA GENERALE OSPEDALE DI BORGO ROMA - scala 1:2.000

Schema possibile nuovo assetto funzionale



Per non continuare a rincorrere con “soluzioni” le necessità, si devono proporre realizzazioni che anticipino le esigenze!