

ROBERTO PALUMBO ^(*)

PROGRAMMAZIONE, PROGETTAZIONE E REALIZZAZIONE DELLE STRUTTURE EDILIZIE

1. *Premessa*

Il tema dell'ospedale, nell'accezione di "struttura edilizia funzionalmente e tecnologicamente complessa", pone l'oggettiva necessità di una sua puntuale correlazione con le altre aree disciplinari trattate in questo volume in modo da individuare e rendere sempre più espliciti i rapporti fra problemi e soluzioni, bisogni ed aspettative, obiettivi e strumenti. Questo comporta alcune considerazioni preliminari.

La struttura ospedaliera non può continuare ad essere considerata – in termini edilizi e tecnologici – come un corpo separato, prodotto di uno specifico sapere tecnico e pertanto del tutto autonomo, ma deve essere identificata come sottosistema del "sistema società", e quindi dovrebbe registrarne costantemente e puntualmente le linee di tendenza evolutive.

Questa tesi è confermata dal fatto che la morfologia edilizia dell'ospedale è andata nel tempo continuamente modificandosi: tali cambiamenti però non sono mai stati contestuali e della stessa portata del fenomeno che li ha prodotti.

Al registrarsi di determinate trasformazioni della società, l'edilizia ospedaliera ha risposto introducendo al suo interno delle modificazioni: alcune sono state numerose, rapide, ma di ridotte dimensioni, e quindi anche poco percettibili; altre, di converso, sono state meno numerose, più lente, più radicali e quindi maggiormente tangibili, dando infine origine alle deprecate "tipologie", del tutto riconoscibili e purtroppo consolidate (o meglio acriticamente cristallizzate) nel tempo.

Le prime si sono verificate quasi sempre "a ridosso" del fenomeno che le ha determinate e, quindi, in qualche misura, hanno rappresentato la necessità di una nuova configurazio-

^(*) *Facoltà di Architettura, Università di Roma La Sapienza.*

ne che la struttura edilizia doveva assumere per adeguarsi – probabilmente contro la sua stessa volontà – ad ulteriori e diversificate esigenze; le seconde si sono invece realizzate con un ritardo molto più sensibile, traducendosi in schemi distributivi e tipologici che non solo non erano già più rispondenti alle esigenze espresse ma che si sono poi lungamente ed acriticamente consolidati costituendo una sorta di vincolo (la tipologia, appunto) che, nei fatti, ha impedito qualunque successiva trasformazione.

In ogni caso, anche se con doppia velocità, la struttura ospedaliera ha sempre inseguito e con molto ritardo – anticipato mai – le modificazioni sociali che via via si andavano registrando.

Una trasformazione, comunque, che è stata più dettata dal fatto che l'ospedale ha dovuto subire le nuove regole di una società che nel suo complesso si modificava, piuttosto che anticiparla (e forse supportarla) attraverso più aderenti spazi e volumetrie suggeriti dall'evoluzione delle tecnologie diagnostiche e terapeutiche.

Oggi le condizioni sono profondamente mutate: l'ospedale deve essere uno strumento costantemente aggiornato sotto il profilo tecnologico e correttamente adeguato sotto il profilo distributivo per raggiungere obiettivi predeterminati di qualità, efficacia ed efficienza del servizio, il tutto nella logica di una migliore, per non dire ottimale, allocazione delle risorse.

Da qui, l'esigenza che recuperi il ritardo e che si configuri finalmente, se non proprio come ospedale del futuro, quanto almeno come ospedale di oggi, concretamente ancorato alla attuale specifica realtà.

Questo obiettivo – nei soli aspetti edilizi e tecnologici – apre un ventaglio di problematiche e sottolinea una gamma di “nodi mai risolti” che qui di seguito si prova sinteticamente ad ordinare.

Un nodo è il mancato e conflittuale rapporto fra coloro che in reciproca collaborazione dovrebbero realizzare l'ospedale: la committenza, il progettista, l'impresa.

L'altro nodo è la cronica carenza di finanziamenti pubblici, le modalità di erogazione, l'arcaicità di tutto il sistema di distribuzione delle risorse in conto capitale.

Il terzo nodo infine è come valutare il patrimonio ospedaliero esistente, come intervenire e “se” intervenire.

Il primo nodo – sul quale ci si sofferma nel seguito – riguarda i compiti che la “committenza” non ha mai saputo o voluto svolgere; attiene alle responsabilità (e connivenze) del “progettista”; coinvolge la stessa “impresa di costruzioni” che ha sempre svolto un ruolo di miope desistenza piegando a proprio favore le incapacità della committenza e del progettista.

Un rapporto a tre, caratterizzato da una alta conflittualità determinata da un comune basso profilo culturale.¹

Il risultato: carenza di programmazione degli interventi, dissaldatura fra programmazione e progettazione, mancanza di progetti effettivamente cantierabili, scarsa qualità del prodotto.

Il prezzo pagato dalla comunità: ospedali nati obsoleti, costi alle stelle, tempi misurati in decenni.

2. *La committenza*

Il “prodotto-ospedale” è espressione finale di un processo, lungo, complesso e articolato, nel corso del quale, dopo essere stati a monte prefissati (committenza) con puntualità obiettivi e requisiti, vanno costantemente monitorati e ricalibrati (progettista) tutti i parametri che garantiscono la qualità dell’opera.

Definire concretamente le esigenze, individuare le “prestazioni qualificanti”, rendere “quantificabili” gli obiettivi, rappresentano, quindi, le prime operazioni (indispensabili) per innescare il processo di definizione del progetto, perseguendo il fine della qualità del prodotto.

In questo quadro, riveste un ruolo fondamentale la committenza – per le responsabilità nella gestione complessiva del processo di attuazione dell’intervento ospedaliero – qualora fosse in grado di rendere prima attuabile, poi fruibile e quindi gestibile tale prodotto.

¹ Cfr. C. Clemente, M. Fagnoni, C. Tonelli, *Committenza, progettista, impresa: una comune strategia per la qualità del prodotto*, dottorato di ricerca, Università La Sapienza, Roma, Dip. Itaca.

Fra le cause della inadeguatezza della progettazione ospedaliera va individuato con la dovuta sottolineatura il ruolo del contesto politico, culturale e scientifico nel quale la committenza si trova ad operare; essa ha molto spesso eluso i propri compiti, soprattutto per la mancanza di una cultura della fattibilità nei suoi aspetti politici (programmazione) e nei suoi aspetti tecnici (progettazione).

Nel nostro contesto, come si rileva dai risultati dei programmi di intervento relativi all'edilizia ospedaliera (con particolare riferimento ai cosiddetti programmi straordinari, che sono stati espressione di una "logica aggiuntiva di azioni mancate") la committenza ha dimostrato e dimostra di essere:

- inefficace nella fase di programmazione, momento fondante per poter tradurre in "progetto" le opzioni politiche;
- assente nella fase del coordinamento delle procedure e della gestione di tutto il processo;
- incerta in particolare per quanto attiene alle decisioni da prendere soprattutto per quelle che si riflettono sul controllo dei tempi e dei costi di intervento.

3. *Il progettista*

Tali disfunzioni che fanno emergere con maggiore evidenza anche i limiti del progettista e le distorsioni del rapporto che questo conseguentemente instaura con il committente.

Un rapporto che, caratterizzato frequentemente da una reciproca disistima, vede:

- da una parte, l'incapacità della committenza di esprimere concrete opzioni politiche, di tradurle in obiettivi strategici, di definire e quantificare le esigenze da trasferire al progettista e di gestire il processo, in funzione della qualità del prodotto;
- dall'altra, un'attività progettuale meramente tecnico-esecutiva, che rinnega la necessaria capacità critica che, oggi, il progettista – come operatore all'interno di un processo ampio e articolato – deve obbligatoriamente possedere, in quanto interlocutore privilegiato nella delicata fase di traduzione, delle "strategie" in "soluzioni tecniche".

In questo senso, dalle esperienze già maturate nell'ambito

dei programmi di intervento relativi all'edilizia ospedaliera, si può rilevare che:

- la progettazione ha dovuto generalmente supplire e/o sostituirsi (generalmente con malcelato disinteresse) alle funzioni programmatiche della committenza, soprattutto con riferimento ad interventi complessi;
- la relativa documentazione tecnica prodotta – lungi dall'essere considerata dalla committenza alla stregua di un investimento – è stata utilizzata solo come mero strumento per acquisire una promessa di finanziamento e/o autorizzazioni tecnico-amministrative.

4. *L'impresa*

L'impresa è il terzo dei *partner* che dovrebbero garantire la qualità del prodotto.

Si è già detto che non è realmente un *partner*, anzi è un ulteriore elemento di conflittualità che si inserisce, con astuzia, fra i due contendenti su richiamati: aggiudicandosi le gare con proibitivi ribassi d'asta valutati più sulla esperienza di mercato che non sulla conoscenza del progetto da realizzare, lucrando su più o meno espliciti subappalti, sfruttando carenze progettuali e croniche inefficienze delle Amministrazioni pubbliche.

Un ruolo ben diverso da quello atteso: costante innovazione tecnologica, adozione di nuovi materiali, un aggiornato *know-how* impiantistico, concrete proposte per ottimizzare i costi di manutenzione e gestione.

Fino a che ognuno dei tre soggetti non avrà recuperato il proprio ruolo e la conseguente credibilità, fintanto che – a seguito di questo – non sarà eliminata l'attuale, incontenibile, conflittualità, fino a che non sarà individuato un comune terreno di confronto caratterizzato dal coniugare la cultura della "progettazione" con quella della "realizzazione", i soggetti non saranno mai *partner* ed il loro prodotto pertanto sarà sempre il risultato di compromessi e quindi ancora deludente in termini di funzionalità, di tecnologia, di qualità tecnica e, perché no, qualità morfologica.

Ora, su questa strada, da battere necessariamente se si vuole – tra l’altro – dialogare con soggetti europei, alcuni segnali sono stati posti ed alcune esperienze sono già maturate.

5. Il documento e il progetto preliminari

Nell’ambito del processo edilizio e relativamente al delicato momento di passaggio dalla programmazione alla progettazione, un’importante innovazione è già da tempo stata introdotta dal quadro normativo istituzionale attraverso l’obbligatorietà di elaborare un “documento preliminare” e di redigere un primo stadio di progettazione: il “progetto preliminare”.

Questo livello di elaborazione – che vede la committenza chiamata direttamente in causa – deve essere finalizzato, in particolare, a definire:

- le ragioni della scelta della soluzione prospettata e l’utilità dell’intervento;
- la fattibilità amministrativa e tecnica;
- i costi dell’intervento.

È inoltre la sede naturale per partecipare al dialogo che si dovrebbe instaurare tra le competenze interessate alla risoluzione della molteplicità dei problemi e per valutare concretamente la loro soluzione a garanzia della prosecuzione “certa” dell’*iter* tecnico-amministrativo.

Tale compito spetta evidentemente alla committenza e costituisce, per le sue valenze anche tecniche ed economiche, la prima e naturale sede di confronto e di collaborazione tra il progettista e la committenza.

L’innovazione procedurale determinata dall’introduzione del progetto preliminare, come obbligatorio stadio di approfondimento, è individuabile anche nelle ricadute che comporta – a ritroso – sulla fase di programmazione degli interventi ospedalieri: per programmare un nuovo ospedale o intervenire su quelli esistenti (il cosiddetto programma triennale), è obbligatorio che ne sia stato svolto, accertato e verificato il relativo progetto preliminare, che ne sia quindi accertata l’utilità e che ne sia verificata concretamente la fattibilità, sotto i diversi profili: funzionale, tecnologico, economico, tecnico-amministrativo.

È nel progetto preliminare che vengono introdotti gli elementi di controllo degli aspetti qualitativi dell'intervento progettuale, determinando l'entità dell'intervento in termini funzionali, dimensionali, tecnologico-prestazionali e, quindi, economici e verificandone nel complesso la fattibilità.

È in questa fase che si valuta la convenienza economica complessiva dell'intervento: si può decidere, ad esempio, nel caso di un intervento previsto come ristrutturazione di un presidio esistente, di optare – qualora tale ipotesi non fosse adeguatamente supportata in termini di costo/beneficio – per una nuova edificazione, rimettendo anche in discussione le linee programmatiche fin qui avanzate.

La pluralità degli obiettivi insiti nel “documento e progetto preliminare”, le elaborazioni richieste che li sottintendono, le metodiche necessarie allo svolgimento, costituiscono – di fatto – un'importante occasione per garantire (e verificare) la qualità e la efficienza da richiedere alla struttura ospedaliera.

6. *Modalità di affidamento della gestione*

I compiti della committenza non si esauriscono – come anticipato – nella sola fase di programmazione e nel delicato momento di passaggio dalla programmazione alla progettazione.

Per garantire la qualità dell'intervento deve anche selezionare la più adeguata struttura progettuale, superando il consueto (e ormai logoro) rapporto tra domanda e offerta, frutto anch'esso di una incultura in base alla quale la committenza considera il progettista non come *partner* ma come controparte.

Innanzitutto, la insufficienza di criteri e modalità (fiscali, quantitativi e mai qualitativi) per selezionare un progettista sulla base di una gara, ha collocato il nostro paese in una posizione isolata e marginale rispetto alla maggior parte del contesto europeo sottolineando, ancora una volta, la scarsa attenzione rivolta alla qualità del prodotto edilizio (sotto il profilo tecnologico e morfologico) mai valutato in termini di interesse collettivo.

Analizzando i recenti bandi di concorsi di progettazione ospedaliera si rileva, infatti, che la committenza esige, in ter-

mini fiscali, esclusivamente garanzie di ordine quantitativo (tempi di elaborazione, ribassi sulle notule professionali, fidejussioni, ecc.) piuttosto che la certezza della qualità del prodotto architettonico (*know-how*, funzionalità, flessibilità, fruibilità, facilità ed economicità di gestione, ecc.).

Ne emerge una spiacevole considerazione: la committenza generalmente ricerca un progettista alla propria altezza, con cui condividere strategie di corto respiro e mediocri obiettivi negandosi a vicenda stima e fiducia necessarie per portare a termine operazioni di evidente complessità e sicuramente al di sopra della loro competenza.

Ora, analizzando le esigenze così come si presentano nella prassi e tralasciando procedure di selezione poliziesche e prassi professionali ormai superate nei fatti, bisognerebbe avere il coraggio di sostenere che l'attività professionale in questo settore si caratterizza in due fasi ben distinte quanto meno sotto il profilo dei ruoli e sotto il profilo delle competenze.

In una prima fase c'è bisogno di professionisti che lavorino a fianco (e non per) della committenza e collaborino alla elaborazione del progetto "preliminare" (e forse del "definitivo").

In una seconda fase c'è bisogno invece di professionisti che lavorino a fianco (e non per) dell'impresa per elaborare un progetto veramente cantierabile e quindi realizzabile in tempi e costi preventivati.

Tra l'altro questa è l'unica condizione per "tirare dentro" l'impresa e tentare congiuntamente di sperimentare e collaudare determinate "innovazioni tecnologiche" senza le quali il settore dell'edilizia (almeno quello nazionale) perde progressivamente sempre più terreno rispetto ai corrispondenti settori europei. Questa distinzione di ruoli e competenze è nei fatti netta ed è perfettamente inutile, se non dannoso, negare tale evidenza.

Ciò non significa comunque negare ad uno stesso gruppo di professionisti di seguire il processo edilizio lungo tutto il suo arco: basta che esistano le necessarie ed articolate competenze.

Da qui si evince quanto siano miopi quelle committenze che selezionano i progettisti valutandone la capacità solo in termini "fiscali" come recitano i vigenti regolamenti, oppure seguendo

la mai abbandonata prassi della segnalazione politica.

Bisogna avere il coraggio di assumersi la responsabilità di decidere e quindi selezionare – anche a dispetto di procedure farraginose ed equivoche ma che garantiscono la richiesta copertura amministrativa – quella e/o quelle competenze che si ritengono del tutto adeguate al raggiungimento degli obiettivi prefissati.

Sulla base di un completo *briefing* – elaborato dal committente in collaborazione di professionisti di propria assoluta fiducia in termini di competenza – in cui vengano definiti, con chiarezza e puntualità, i requisiti specifici e qualificanti del progetto ospedaliero da elaborare, le modalità di affidamento della progettazione dovrebbero sfruttare:

- da un lato l'opportunità di applicare la procedura dei concorsi (di progettazione o di idee) per garantirsi la qualità morfologica;
- all'altro la oggettiva necessità di individuare la gamma delle competenze – articolate ed approfondite – che sono oggi irrinunciabili per dialogare con la committenza e con l'impresa lungo tutto il processo di progettazione e realizzazione.

Gli aspetti qualificanti del *briefing* – lungi dall'essere una "nota informativa" di larga massima o una acritica lista di ambienti da prevedere (come, purtroppo, frequentemente, viene interpretato) – sono frutto di un'elaborazione che richiede la partecipazione attiva di tutti i soggetti interessati all'attuazione dell'intervento ospedaliero, attraverso anche il controllo della coerenza delle diverse opzioni e della loro traducibilità in soluzioni tecniche.²

La sua utilità, come strumento della committenza, deve essere estesa, in termini di contenuti, ad identificare risorse, ruoli, tempi prevedibili di attuazione, in modo da costituire – nei fatti – il primo strumento con cui si propone, seleziona e controlla la qualità del progetto.

La vasta articolazione delle competenze necessarie per la sua elaborazione e la complessità derivata dalla necessaria sinergia di diversi saperi disciplinari richiedono il ricorso ad una strut-

² Cfr. A. Giovenale, *Il progetto preliminare nell'edilizia ospedaliera*, Ed. Kappa, Roma, 1998.

tura professionale dotata di affidabile *know-how* oppure ad un Dipartimento universitario che tra l'altro costituirebbe un buon esempio di collaborazione fra pubbliche istituzioni.³

7. Dalla progettazione alla costruzione

Rimane, infine, il problema della cronica mancanza di progetti "esecutivi" (terzo e ultimo stadio della progettazione previsto dalla normativa) che si traduce da sempre in varianti in corso d'opera, forti discordanze tra preventivi e consuntivi, ritardi nella realizzazione e/o sospensioni dei lavori, riserve dell'impresa, ecc. In realtà le disfunzioni succitate potrebbero non derivare dal progetto esecutivo: il regolamento attuativo della legge Merloni, prevede infatti un nuovo regime di responsabilità e cioè l'obbligatorietà di validare e certificare il progetto esecutivo, in particolare per quanto attiene la completezza, adeguatezza, chiarezza degli elaborati progettuali (grafici, descrittivi e tecnico-economici).

Il problema risiede nella mancanza della corretta traduzione dell'esecutivo in "progetto cantierabile": un elaborato da produrre, come già accennato, di concerto con l'impresa che richiede, da parte del progettista, una specifica cultura della realizzazione, la capacità di interfacciarsi appunto con l'impresa e da parte di quest'ultima un atteggiamento propositivo e non di sterile arroccamento a difesa degli utili che derivano dalle varianti in corso d'opera.

L'incapacità di dialogo fra progettista ed impresa è anche il risultato delle scarsissime occasioni che oggi la normativa consente per farli lavorare fianco a fianco.

Fra queste la possibilità di ricorrere all'appalto concorso, formula prevista per opere complesse o ad elevata componente tecnologica, la cui progettazione richieda il possesso di competenze particolari o la scelta tra soluzioni tecniche alternative; tale ipotesi è comunque in parte ostacolata da una normativa che impone la richiesta al ministero dei Lavori pubblici di uno specifico parere che autorizzi il ricorso a tale procedura.

³ Cfr. Attività "conto terzi" di Itaca, Università La Sapienza, Roma.

Invece un'importante innovazione procedurale, relativa ai "sistemi di realizzazione dei Lavori pubblici" – se intelligentemente applicata – offre interessanti spunti di collaborazione fra progettista ed impresa, per elaborare di concerto un "cantierabile", per ridurre i tempi nella fase di esecuzione dell'ospedale.

In particolare, attraverso la già citata ultima versione della legge quadro di riforma dei lavori pubblici, è consentito l'appalto integrato e cioè di progettazione esecutiva e realizzazione, nel caso in cui, nei lavori da eseguire, la componente impiantistica o tecnologica incida per più del cinquanta per cento sul valore dell'opera.

In un quadro procedurale, tipicamente italiano, negli ultimi tempi caratterizzato da una forte tendenza a separare nettamente la fase di progettazione da quella di costruzione, attraverso questa modalità è permesso appaltare alcune tipologie di opere, affidando i lavori già al termine della progettazione definitiva e consentire pertanto di elaborare il "cantierabile" di concerto e soprattutto in un diverso contesto operativo.

Ciò potrebbe significare che, anche per l'ospedale, sia possibile ricorrere a tale procedura; infatti la componente impiantistica e tecnologica incide in misura decisamente superiore alla soglia del cinquanta per cento.

Inoltre, ove questa soglia non fosse raggiunta in termini di costo di costruzione, si potrebbe pervenire al risultato valutando – in un modo sicuramente più corretto ed aderente alla realtà – il problema in termini di *life cycle costing*: calcolando, cioè, non il solo costo di realizzazione ma considerando anche, per un periodo predeterminato, i costi di gestione e manutenzione (ordinaria e straordinaria) come dovrebbe fare ogni committenza accorta che si preoccupa anche di valutare a priori, mettendole preventivamente a bilancio, le spese correnti.

In questo caso, fra gli elementi da valutare, insieme al costo c'è quello dell'"offerta economicamente più vantaggiosa" che comprende, tra gli altri, il costo di gestione, il valore tecnico ed estetico dell'opera da realizzare recuperando anche il parametro "qualità dell'immagine architettonica", tradizionalmente così troppo sottovalutato da risultare per diverse tipologie di opere, come quella ospedaliera, completamente assente.

8. I finanziamenti

I vincoli derivanti dalla entità e dalle modalità di erogazione dei finanziamenti, che hanno negativamente contraddistinto da sempre la produzione edilizia ospedaliera, impongono uno stretto legame tra la logica dei flussi finanziari e la programmazione e progettazione ospedaliera.

Un legame che la committenza, ovviamente, ed il progettista – per la riuscita stessa del progetto – non possono non considerare.

La modalità di erogazione dei finanziamenti “per tranches” ha inciso notevolmente sulla (in)cultura della programmazione e su quella della progettazione.

Tale prassi realizzativa impone che l’ospedale venga realizzato per parti ma richiede anche che queste siano, una volta realizzate, immediatamente fruibili, autonomamente pronte all’uso.

Elemento fondamentale diventa, quindi, che già in fase di programmazione siano previste tali modalità, legate ai finanziamenti, in modo che anche la progettazione preliminare possa essere impostata nell’ottica di una realizzazione per parti successive, autonome e fruibili, nell’ambito però di un disegno unitario.

Naturalmente ciò comporta: un forte impegno della committenza soprattutto per quanto attiene l’operatività dei programmi; una rilevante capacità da parte del progettista e del gruppo di lavoro nell’individuare, già in fase preliminare all’interno di un organico disegno complessivo, le variabili organizzativo-funzionali, architettoniche, strutturali, impiantistiche, economiche, gestionali per definire concretamente parti autonome e fruibili della struttura ospedaliera oggetto di intervento, secondo priorità predeterminate.

Il vero nodo comunque rimane quello della scarsità dei finanziamenti pubblici in conto capitale e sorprende sinceramente come manager accorti continuino a contare ancora su risorse statali e su modalità “a fondo perduto” che oggi sono francamente anacronistiche.

In questo contesto, ancor più caratterizzato da risorse sempre più ridotte da destinare a investimenti in conto capitale,

se la committenza fosse in grado di avanzare proposte credibili e concrete, può non risultare difficile costruire specifici progetti finanziari che vedano:

a) *un modo radicalmente diverso nella erogazione dei finanziamenti pubblici*: sono da valutare seriamente e con il necessario spirito critico le modalità di finanziamento fin qui adottate secondo la logica dell'art. 20 della legge finanziaria '88 e degli altri programmi speciali (Aids, malati terminali, ecc.); piuttosto che somme "a fondo perduto" distribuite con logiche incomprensibili e tempi imprevedibili e che in quanto "a fondo perduto" non vengono del tutto utilizzate ed in qualche caso anche sprecate, sarebbe molto meglio sulla base di esperienze positive già maturate in alcune Regioni (cfr. il Frisl in Lombardia) creare un "fondo di rotazione" che per sua stessa natura responsabilizza la committenza, accelera le procedure, offre certezze;

b) *l'intervento di capitali privati*: l'esigenza di attivare misure tendenti a favorire il coinvolgimento di capitali privati scaturisce dalla oggettiva valutazione che i famosi 30.000 miliardi promessi nel 1988 non sono ancora stati spesi (per la incapacità di gran parte delle Amministrazioni pubbliche) e comunque non sono sufficienti per ristrutturare il parco ospedaliero; altri finanziamenti non sono in vista e comunque, lo si ripete, è oggi anacronistico pretendere che lo stato eroghi a fondo perduto somme che le Aziende debbono poter acquisire autonomamente attraverso la credibilità delle programmazioni e la validità delle progettazioni. A tale proposito è utile ricordare che già esistono iniziative (cfr. ministero della Sanità – Decreto del 15 settembre 1999 "Criteri, modalità e termini per la elaborazione e la presentazione dei progetti ai sensi dell'art. 71 della legge n. 448 del 23 dicembre 1998, pubblicato in Gazzetta ufficiale il 5 gennaio 2000) che limitano al 70% il finanziamento statale per la realizzazione di una struttura sanitaria nelle aree metropolitane prevedendo per il restante 30% il ricorso ad altre risorse pubbliche o private;

c) *l'alienazione e/o permuta del patrimonio immobiliare dismesso*: la pubblica amministrazione deve ricordare che da tempo – ed in particolare con le ultime leggi finanziarie – è stata richiesta l'alienazione e/o permuta del patrimonio immo-

biliare – anche di pregio – sotto utilizzato o del tutto inutilizzato; la legge quadro dei Lavori pubblici consente inoltre di offrirlo in permuta alle imprese a parziale rimborso delle spese per nuove realizzazioni.

Ovviamente tale patrimonio immobiliare – che da spreco diventerebbe risorsa – non può essere svenduto all’asta – come purtroppo si sta facendo – ma deve essere prima adeguatamente tutelato e valorizzato in modo da apportare una adeguata quota dei finanziamenti necessari.⁴

d) *la gestione “esterna” dei servizi non strettamente sanitari;*

e) *l’affidamento all’esterno delle analisi di laboratorio a strutture che, in relazione alla loro dimensione, garantiscono un continuo rinnovo delle sofisticate attrezzature, costi competitivi ed assoluta attendibilità dei risultati;*

f) *l’affitto (e non l’acquisto) di costose attrezzature diagnostiche e terapeutiche:* a fronte della ridicola percentuale di investimenti in tecnologie denunciata anche dalla Confindustria, si registra di converso la tendenza, in nord europa e in nord america, di abbandonare la strada dell’acquisto a favore appunto dell’affitto che garantisce un continuo rinnovo delle tecnologie ed una qualificata ed affidabile assistenza.

Tale, forse disordinata, articolazione di iniziative può trovare una sua organicità in un ben calibrato *project financing*, formula che prevede il conferimento da parte dell’ente pubblico ad una società di operatori economici (costruttori e gestori dell’iniziativa) della concessione a realizzare e gestire l’opera per un certo numero di anni, la cui principale fonte di rimborso del finanziamento è rappresentata unicamente dal flusso di cassa dell’iniziativa; anche qui, a differenza degli altri paesi europei, tale modalità non è ancora consolidata e quindi viene raramente e solo “casualmente” utilizzata.

Tali resistenze, oltre che essere dovute ad una scarsa cultura del *management*, sono anche giustificate dal fatto che il settore delle opere pubbliche solo recentemente ha permesso una maggiore apertura nei confronti del coinvolgimento dei privati, come possibili costruttori e gestori di un’opera, attraverso

⁴ Cfr. T. Ferrante, *Scene da un patrimonio*, Dottorato di ricerca, Università La Sapienza, Roma, Dip. Itaca.

l'appalto in concessione, espletabile sulla base di un progetto definitivo.

Le poche esperienze, che alla data odierna si registrano, dimostrano che comunque esiste, in tale formula, la possibilità di incidere ed in maniera significativa.

9. *La riorganizzazione funzionale e la ristrutturazione tecnologica*

L'ultimo nodo è rappresentato infine da una intelligente riorganizzazione funzionale e ristrutturazione tecnologica del parco ospedaliero esistente: un vasto patrimonio edilizio ed artistico di ospedali da riutilizzare e tutelare, talvolta da valorizzare come risorse storico-culturali piuttosto che ricorrere alla "scorciatoia" (che poi tale non è) della edificazione *ex novo*.

In questo settore esistono consolidate competenze e modalità per intervenire con intelligenza nel coniugare la necessaria introduzione di nuove tecnologie con la salvaguardia delle preesistenti architetture, molte volte di pregio.

Il patrimonio edilizio ospedaliero è caratterizzato in molti casi dalla sua articolazione "a padiglioni", tipologia che si ritrova in quasi tutte le strutture ospedaliere – soprattutto quelle di grande dimensione come i Policlinici – realizzate all'inizio del ventesimo secolo.

Tale tipologia – una volta venuti meno nel tempo i presupposti sanitari e culturali che l'avevano determinata – ha sempre più dimostrato la propria inadeguatezza a supportare gli intenti delle varie Direzioni sanitarie finalizzati a garantire la efficacia delle cure e la efficienza della organizzazione delle stesse.

Pertanto, in termini del tutto oggettivi, qualunque iniziativa di natura organizzativa tesa a migliorare la erogazione del servizio ed i conseguenti e necessari interventi di ordine edilizio e tecnologico è stata costretta ad essere circoscritta al "singolo" padiglione e non, come sarebbe stato necessario, all'intero complesso di questi.

Il risultato è stato ovviamente – anche a causa di finanziamenti in conto capitale esigui e distribuiti saltuariamente – una serie di ampliamenti e superfetazioni che hanno profondamente modificato la morfologia dei singoli padiglioni senza

peraltro riuscire a raggiungere – a causa appunto della necessità di circoscrivere l'intervento – gli obiettivi prefissati.

Comunque, nel migliore dei casi, non si può non registrare il negativo fenomeno in base al quale la auspicata (e/o presunta) ottimizzazione funzionale dei singoli padiglioni non determina, a causa della mancata e/o impossibile sinergia fra questi, una ottimizzazione complessiva dell'intero ospedale.

Tale situazione – oggettivamente obbligata e comunque non riconducibile a miopia gestionale ma piuttosto a difficilmente eliminabili condizionamenti del contesto edilizio – è comune, come già accennato, a molti ospedali nazionali come il Policlinico Umberto I di Roma, il S. Martino di Genova, il Cardarelli di Napoli, il Policlinico di Padova, ecc. e pertanto assume un connotato ampiamente “generalizzato” che di conseguenza postula una precisa esigenza: la necessità di individuare, sperimentare e consolidare modalità e processi di intervento che diano luogo alla acquisizione di un attendibile *know-how* che consenta di estenderlo ad altri casi tipologicamente assimilabili.

Un problema quindi che va al di là del singolo caso per connotarsi invece come una esigenza generale a scala nazionale; si rafforza pertanto la necessità di individuare non già specifiche modalità da applicarsi ad un particolare caso, quanto invece di mettere a punto complesse strategie di intervento che siano facilmente mutuabili ad altre realtà consimili.

A convalidare tale posizione culturale e scientifica basta ricordare alcune esperienze europee (in modo particolare in Scandinavia, ad esempio) svolte negli ultimi anni nella ri-funzionalizzazione di ospedali a padiglioni che confermano come – intervenendo in modo radicale e con una rigorosa programmazione di obiettivi, tempi e costi – si sia pervenuti a risultati del tutto qualificati arrivando addirittura a sostenere non solo la loro competitività nei confronti delle cosiddette tipologie “a blocco” ma dimostrando in taluni casi una loro migliore funzionalità soprattutto nell'ottica della flessibilità degli spazi e della interscambiabilità delle funzioni. Non secondario infine il risultato di aver riqualificato anche in termini urbanistici comparti urbani “chiusi” e degradati restituendoli alla città anche per funzioni non strettamente sanitarie.

Ovviamente, come accennato in precedenza, tali risultati sono perseguibili solo attraverso una lucida e concreta programmazione, la disponibilità di risorse adeguate al completamento dell'intervento in tutti i suoi aspetti ed infine con il supporto di un affidabile *know-how*.

Per correttezza va anche detto che tale opzione non è sempre condivisa: da alcune parti, forse con troppa superficialità e pressappochismo, si sostiene che i vecchi ospedali (soprattutto quelli a padiglioni) vadano dismessi e ricostruiti *ex novo*.

Anzi tale superficialità nei contenuti si associa anche ad un lessico giornalistico usando il termine "rottamare" che è stato utilizzato per settori, obiettivi e modalità del tutto diverse e ben distanti dal tema in oggetto.

Tale tesi è in qualche caso completata dalla proposta di ricostruire in altro luogo (dove, se non in aree decentrate) con il sottinteso ma non esplicitato obiettivo di utilizzare – molto probabilmente a fini speculativi – l'area (centrale ed appetibile) resa in tal modo disponibile.

Fantasticare un piano per nuovi ospedali mandando in pensione gran parte di quelli esistenti significa far credere di risolvere con la bacchetta magica e con un sol colpo tutti i problemi dimenticando l'esperienza della Finanziaria '88.

Niente di più falso: non si può pensare, con troppa superficialità, né di "rottamare" né, con altrettanta irresponsabilità, di ripercorrere una strada come quella dell'art. 20.

Su tale posizione, legittima solo se riferita a pochi specifici casi ma non comunque generalizzabile, vanno fatte doverosamente alcune riflessioni che sinteticamente di seguito si elencano:

a) una prima riflessione – di ordine tipologico – è che tale tesi è maggiormente sostenibile nel caso di ospedali "monoblocco" che oggettivamente offrono, per la loro stessa tipologia, minori (se non nulli) margini di intervento; un ospedale a padiglioni offre invece maggiori spazi liberi, una pluralità di edifici sui quali ipotizzare articolate ed alternative proposte di *lay out* funzionali, edifici di dimensione più contenuta la cui demolizione (oltre che essere meno traumatica) non condiziona il funzionamento dell'ospedale;

b) una seconda riflessione – di ordine tecnico e funzionale

– attiene al fatto che una costruzione *ex novo* sulla stessa area rende di fatto impossibile il funzionamento di quelle parti dell'ospedale esistente al momento non ancora interessate dal cantiere (peraltro per un periodo di tempo difficilmente prevedibile e quantificabile);

c) una terza riflessione infine attiene alla possibile realizzazione in altra area: a sfavore di questa tesi (soprattutto se confrontata con i tempi non prevedibili e con i costi non preventivabili) giocano molti fattori:

– il mantenimento di un ospedale in un determinato tessuto urbano costituisce da sempre per la popolazione un indubbio elemento di riferimento e di sicurezza derivato da abitudini consolidate e da esperienze (positive e/o negative) che hanno contribuito a delinearne la vita;

– il complesso degli edifici ospedalieri costituisce comunque – soprattutto se riqualificato – un patrimonio culturale;

– non è detto che la utilizzazione dell'area, una volta resa libera, consenta di raggiungere gli obiettivi predeterminati, non fosse altro che generalmente sarebbe necessario ottenerne il cambio di destinazione d'uso.

Sulla base di tali ultime e sintetiche riflessioni si può con maggiore convinzione accantonare l'ipotesi della rottamazione e tentare invece, con coerenza e concretezza, di inoltrarsi sulla strada – sicuramente comunque non facile – di riqualificare con intelligenza un tassello di città realizzando nel contempo le condizioni perché l'ospedale garantisca, una volta ristrutturato, l'efficacia delle terapie e l'efficienza della gestione.

Bisogna pertanto concretamente fare i conti con la realtà ed accingersi a ristrutturare gli ospedali esistenti secondo un approccio di gran lunga diverso da quello, molto approssimativo, finora adottato.

Si tratta di complesse operazioni, per le quali dovendo necessariamente intervenire per “comparti”, si deve seguire una coerente e rigorosa ottica di una ristrutturazione globale nel quadro di una puntuale programmazione.

È il rovesciamento della logica tradizionale, consolidata nel nostro contesto, orientata ad intervenire sulle strutture ospedaliere esistenti attraverso ristrutturazioni “a pelle di leopardo”, viste come risposta tampone ad una costante emergenza.

10. *Considerazioni conclusive*

Gli operatori sanitari e il *management* delle Asl non possono continuare a “subire” l’ospedale così come, per successive stratificazioni, si è andato configurando; né possono, nei loro continui confronti su come rendere la sanità più aderente alle aspettative della utenza, delegare il tema dell’edilizia ospedaliera ai tecnici “addetti ai lavori”.

È necessario invece individuare i reciproci rapporti di causa/effetto, ritrovare puntuali interconnessioni fra gli obiettivi e gli strumenti che consentono di raggiungerli, rendere l’ospedale sempre più immagine coerente dell’assetto organizzativo raggiunto.

Tutto questo significa, in altri termini, che l’ospedale – proprio in quanto sottosistema – deve essere strutturato come prodotto di più saperi (fra loro disciplinarmente anche distanti) che coerentemente e organicamente interagiscano.

