

liero adiacente ai due cortili verso la via Venezia vengono sistemate per gli uffici, i servizi generali di cura e di accertamento diagnostico, la scuola-convitto per infermiere professionali, gli alloggi del personale interno ed il ricovero dei cronici; i tre padiglioni retrostanti alle costruzioni da demolire sono invece destinati: due ai malati infettivi ed uno per i servizi di disinfezione, lavanderia e guardaroba.

Poste queste direttive, l'Amministrazione delle Opere Pie Ospitaliere ha incaricato il Dott. Ingegnere Luigi Gastini, con l'assistenza del Dott. Federico Moro e del Dott. Giuseppe Simonelli, di predisporre un progetto di massima che contemperasse le esigenze di una buona assistenza igienico sanitaria e di una economica gestione con la maggior utilizzazione possibile dei vecchi fabbricati.

Nel nuovo monoblocco a sette piani, da erigersi in luogo dei vecchi fabbricati soggetti a demolizione, trovano posto le divisioni e servizi seguenti: piano terreno interno: Istituto radiologico, cucina e magazzini;

piano stradale: Oftalmia e Otojatria;

piano primo: Urologia e Neurologia;

piano secondo: Ostetricia e Ginecologia;

piano terzo: Chirurgia generale;

piano quarto: Ortopedia e Traumatologia;

piano quinto: Medicina generale;

piano sesto: Pensionanti;

con tutti i loro servizi accessori di divisione e di sezione e con un totale di oltre cinquecento letti.

L'orientamento del monoblocco è nord-ovest = sud-est con direzione azimutale di 26° sull'orientamento est-ovest e quindi tutte le camere di degenza sono esposte a sud = sud-ovest.

I servizi generali di cucina, lavanderia e magazzini sono tutti sistemati nel piano seminterrato e centralizzati, mentre il guardaroba trovandosi al piano rialzato in corrispondenza alla sottostante lavanderia.

La struttura portante del monoblocco è in cemento armato con orizzontamenti in laterizio armato; l'altezza del piano rialzato è di m. 3,90 da pavimento a pavimento, mentre l'altezza dei piani superiori è di m. 3,50 con altezza utile di m. 3,20.

Le costruzioni da demolire occupano un'area di mq. 3.900 ed hanno una cubatura di mc. 57.000; il monoblocco da costruire al loro posto occupa invece un'area di soli mq. 2.686 ed ha una cubatura pressoché identica a quella da demolire; ne risulta così un notevole diradamento dei fabbricati sulla limitata area totale disponibile, con la completa abolizione dei cortili chiusi preesistenti.

Il costo totale delle opere è preventivato in L. 600.000.000 e sono in corso le pratiche di finanziamento; l'Amministrazione delle Opere Pie Ospitaliere sta intanto provvedendo a lavori di sistemazione e di adattamento dei fabbricati da conservare, lavori che debbono necessariamente precedere le demolizioni destinate a far posto al nuovo monoblocco, in modo da non interrompere la normale attività ospedaliera.

Se il progetto potrà essere fra breve realizzato, come è nelle speranze e nei voti, la città di Alessandria risulterà dotata di un Ospedale modernamente concepito ed attrezzato, pari alle attuali esigenze di un importante capoluogo di provincia.

**Edmondo Ferrari**

---

## Il problema ospedaliero della città di Vercelli

*L'A. Direttore Sanitario dell'Ospedale di Vercelli, riassume le vicende del problema ospedaliero della città, soffermandosi sull'esito del concorso conclusosi con la classificazione « ex aequo » di tre progetti; di A. Sibilla, A. Braga, E. Rossi. Dà cenno dell'incarico affidato poi ad E. Rossi per il progetto definitivo.*

L'Ospedale Maggiore di Vercelli è uno dei più antichi d'Italia, essendo stato fondato nel 1224, contemporaneamente alla stupenda basilica di Sant'Andrea ed all'Abbazia omonima.

Il nucleo primitivo del fabbricato ospedaliero, dichiarato monumento nazionale, sussiste tuttora ed è rappresentato da una grande sala, attualmente adibita a locale per riunioni e per conferenze, il cosiddetto Salone duecentesco, recante sulla facciata anteriore un bel porticato di sette archi a sesto acuto, che, per essere ancor denominato il « Portico dei Pellegrini », richiama appunto alla memoria la funzione di « Ospitale », attribuita a questa parte di fabbricato nei primi secoli della sua esistenza.

Attorno ed in continuazione di questo nucleo primitivo è venuto mano mano sorgendo, nei secoli successivi, in seguito ad una lunga serie di

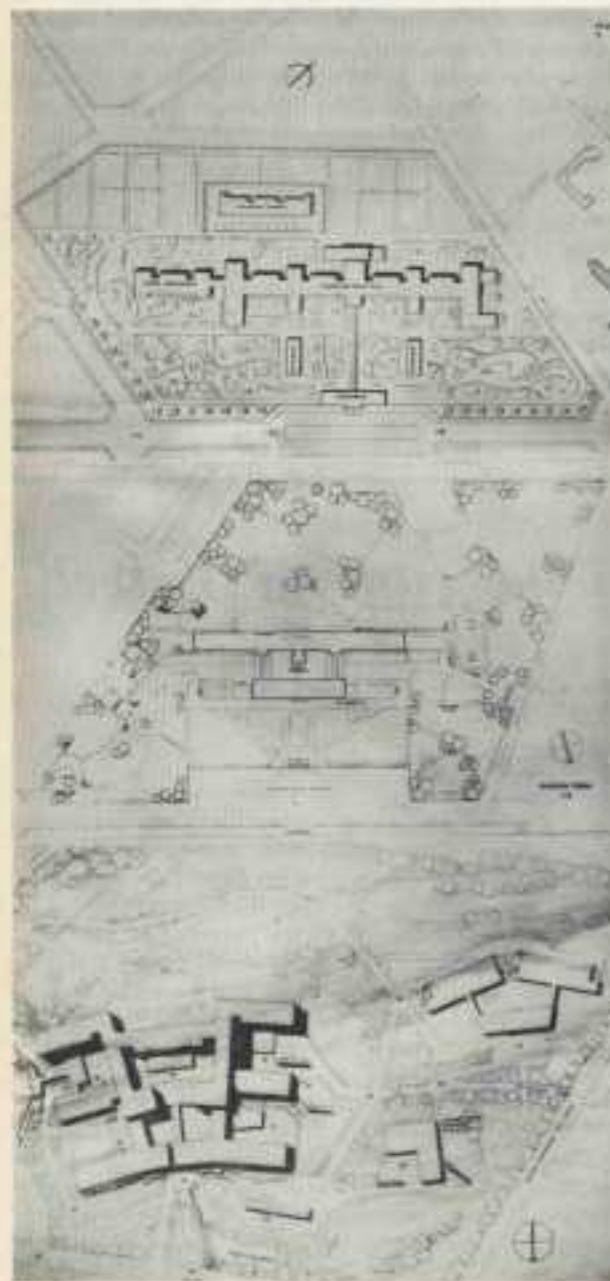
graduali ampliamenti e di trasformazioni, l'attuale complesso dei fabbricati ospedalieri, la cui parte principale è rapportabile, nella sua configurazione e struttura generale, all'antico ospedale a grande crociera, di cui rappresenta un esempio tipico e assai vistoso, quando si tenga presente che le due infermerie più vaste, incontrantisi appunto a forma di croce, con l'altare nel punto d'incontro, misurano ciascuna la lunghezza di 120 metri e sono alte 15 metri da pavimento a soffitto, più vaste quindi della Sala Sistina dell'ospedale di Santo Spirito in Sassia e delle crociere filaretiane dell'antico Ospedale Maggiore di Milano.

Preoccupata dalla inadeguatezza alle moderne esigenze ospedaliere di un organismo sviluppatosi irrazionalmente per successive ampliamenti, nell'anno 1937, l'Amministrazione, presieduta dall'avv. Comm. Enrico Bona, nominò una commis-

sione mista, di tecnici e di igienisti, specializzati in materia, con l'incarico di esaminare a fondo il problema ospedaliero e specificatamente di riferire se, tenuto presente il fabbisogno in posti letto ed i compiti demandati all'Ospedale come nosocomio del capoluogo di provincia, il fabbricato esistente era passibile di una moderna soddisfacente sistemazione.

La Commissione, dopo aver esaminato a fondo il problema sotto ogni suo aspetto, espresse il parere che la costruzione di un nuovo edificio, fuori dalla sede occupata dell'attuale fabbricato ospedaliero, era da ritenersi la soluzione più con-

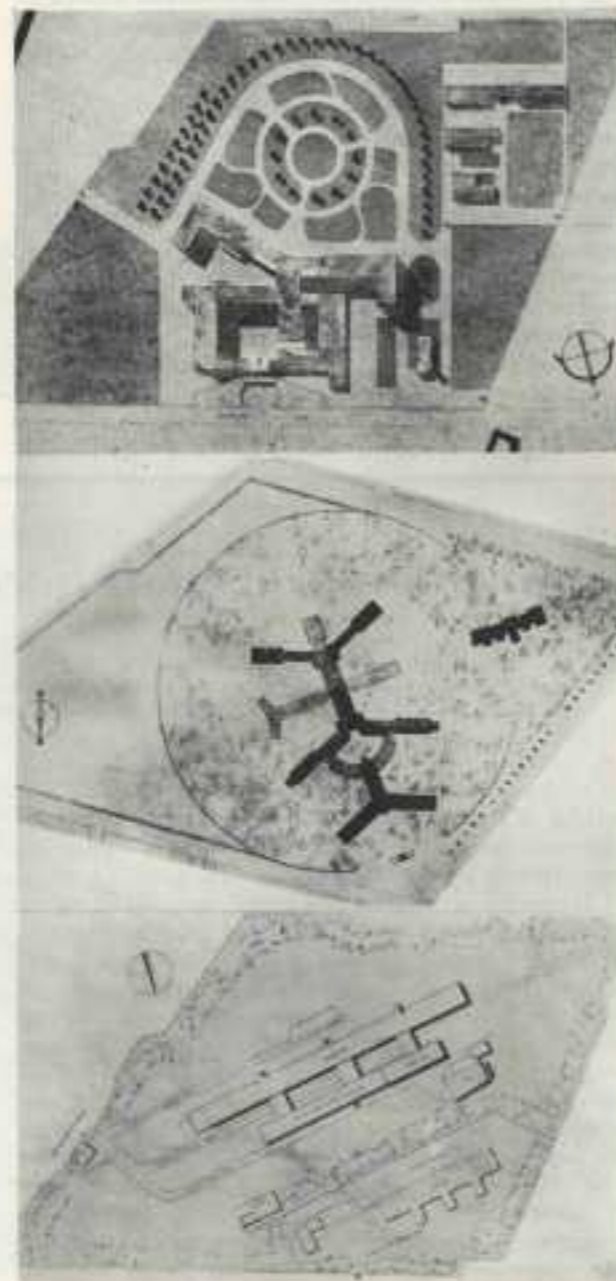
Dall'alto in basso: Ing. Antonio Sibilla - Ing. Arturo Braga - Arch. Ettore Rossi: Progetti classificati primi ex aequo (in ordine cronologico di presentazione).



veniente tanto sotto l'aspetto tecnico, quanto sotto l'aspetto igienico ed economico.

Il problema, per causa della guerra, rimase in sospeso, e solo nell'anno 1949, l'Amministrazione, presieduta dal conte Dott. Rodolfo Avogadro di Vigliano, lo riprese, e, dopo aver proceduto all'acquisto di una vasta area di novantacinquemila metri quadrati, situata alla immediata periferia della città, fra la via Tasso e lo stradale per Trino Vercellese, invitava a concorso per la compilazione di un progetto di massima un limitato numero di Ingegneri ed Architetti italiani, specializzati nel ramo ospedaliero.

Dall'alto in basso: Ing. Antonio Ferrero: Progetto 2° classificato. Ing. Angelo Bordoni - Arch. Mario Sola: Progetti classificati terzi ex aequo (in ordine cronologico di presentazione).



Il bando di concorso richiedeva un ospedale a blocco con un massimo di sette piani e con una capacità ricettiva di 600 posti letto aumentabile a 750, distribuiti nelle seguenti divisioni e sezioni:

	NUMERO DEI LETTI IN DOTAZIONE			
	uomini	donne	bambini	totale
Medicina generale:				
1 <sup>a</sup> Divisione	30	30	—	120
2 <sup>a</sup> Divisione	30	30	—	70
Chirurgia generale	32	32	6	30
Ortopedia e traumatologia	20	10	—	30
Urologia	20	10	—	30
Ostetricia e ginecologia:				
Ostetricia	—	36	—	76
Ginecologia	—	40	—	35
Pediatria	—	—	35	30
Oculistica	15	15	—	35
Dermoceltica	15	20	—	42
Otorinolaringoiatria	16	16	10	20
Neurologia	10	10	—	6
Radiofisioterapia	2	4	—	40
Malattie infettive	15	15	10	50
Degenze private	15	30	5	
Totale del numero dei letti di degenza				584
Osservazione				16
Totale generale del numero dei letti dell'Ospedale				600

In base alle disposizioni di concorso i progetti furono sottoposti all'esame di una Commissione giudicatrice composta da:

- il Presidente dell'Ospedale Maggiore di Vercelli;
- un membro del Consiglio di Amministrazione dell'Ospedale Maggiore di Vercelli, designato dal Consiglio stesso;
- un Professore Ordinario d'Igiene dell'Università, nominato dal Consiglio di Amministrazione dell'Ospedale Maggiore di Vercelli;
- un Ingegnere o un Architetto specialista, all'uopo delegato dall'Alto Commissario dell'Igiene e della Sanità pubblica;
- un Direttore Sanitario di Ospedale di 1<sup>a</sup> categoria nominato dal Consiglio di Amministrazione dell'Ospedale Maggiore di Vercelli;
- il Medico Provinciale della Prefettura di Vercelli;
- l'Ingegnere Capo dell'Ufficio Tecnico dell'Ospedale Maggiore di Vercelli;
- l'Ingegnere Capo dell'Ufficio del Genio Civile della Provincia di Vercelli;
- un Ingegnere competente in edilizia ospedaliera, designato dall'Ordine degli Ingegneri della Provincia di Vercelli;
- un Architetto, competente in edilizia ospedaliera, designato dall'Ordine degli Architetti della Provincia di Vercelli;
- un Direttore Amministrativo di un Ospedale di 1<sup>a</sup> categoria, nominato dal Consiglio di Amministrazione dell'Ospedale Maggiore di Vercelli;
- un Economo di un Ospedale di 1<sup>a</sup> categoria, nominato dal Consiglio di Amministrazione dell'Ospedale Maggiore di Vercelli;
- un Ingegnere dirigente l'Ufficio Tecnico di un Ospedale di 1<sup>a</sup> categoria, nominato dal Consiglio di Amministrazione dell'Ospedale Maggiore di Vercelli.

La Commissione giudicatrice dei progetti doveva esprimere un duplice e successivo ordine di giudizio. Nel primo giudizio essa doveva insindacabilmente decidere, con relazione motivata, quali erano i progetti meritevoli di essere acquistati dall'Amministrazione, mediante il compenso di cui si dirà in appresso, e quali erano i progetti che invece non erano meritevoli di acquisto.

Nel secondo giudizio la Commissione, limitata ai progetti da essa considerati idonei all'acquisto, doveva dettagliatamente indicare i pregi ed i difetti di ciascuno; infine, compilare una graduatoria di merito dei progetti medesimi.

Il compenso previsto per i progetti giudicati dalla Commissione idonei all'acquisto venne fissato in lire cinquecentomila ciascuno, comprensive delle spese vive e della prestazione professionale.

Restava però in tal modo inteso che l'Amministrazione ospedaliera diventava proprietaria esclusiva dei progetti acquistati, dei quali poteva comunque disporre in avvenire a suo insindacabile giudizio.

A sua volta la compilazione della graduatoria di merito da parte della Commissione doveva avere, nei confronti dell'Amministrazione, valore meramente indicativo, dovendosi l'Amministrazione, a suo insindacabile giudizio e senza alcun obbligo di motivazione, essere ritenuta libera o di attenersi al responso della Commissione, o di scegliere uno dei progetti classificati indipendentemente dall'ordine della graduatoria, o di annullare il concorso e di procedere successivamente ad altro concorso o di far redigere dal suo Ufficio Tecnico, da solo o con quelle collaborazioni che l'Amministrazione avesse ritenuto opportune, un proprio progetto definitivo rappresentante anche eventualmente, in tutto o in parte, il coacervo di particolari idee espresse nei singoli progetti acquistati.

Nel caso in cui l'Amministrazione avesse adottato il progetto primo classificato dalla Commissione oppure uno qualunque dei progetti classificati, il rispettivo progettista, nell'un caso e nell'altro, doveva avere l'incarico di compilare il progetto definitivo.

Però anche in questa circostanza l'Amministrazione si riservava la facoltà di introdurre nel progetto di massima così prescelto quelle varianti da essa comunque ritenute opportune per l'economia e per l'esercizio ospedaliero o per cause anche di altra natura.

Nel maggio 1950 la Commissione, dopo attento esame, propose all'Amministrazione l'acquisto di tutti i sei progetti presentati, esprimendo il giudizio che:

- tutti i concorrenti avevano affrontato il difficile problema proposto dal bando di concorso con competenza e conoscenza dell'argomento;
- di nessun progetto era consigliabile la realizzazione integrale, perchè tutti presentavano inconvenienti sostanziali per ovviare ai quali occorrevano modifiche di carattere costruttivo di notevole importanza;
- dai progetti erano emersi concetti buoni e tentativi di applicazione pratica degna di considerazione per cui tutti presentavano caratteristiche

principali e secondarie utili per la soluzione definitiva del problema ospedaliero di Vercelli.

La Commissione rilevava nel contempo che la soluzione del problema era particolarmente difficile, tanto per la distribuzione degli ambienti e dei servizi di ogni sezione, peraltro già risolte felicemente nei comuni ospedali monoblocco di 360 posti letto, distribuiti in sei piani di degenza, quanto per la necessità di coordinare, in sette piani, le diverse sezioni con i servizi accessori, costituenti i vari reparti, senza interferenze tra i due sessi e tra le sezioni di diversi reparti e specialità, usufruendo di una sola attrezzatura sanitaria, amministrativa, tecnica, tecnologica, ecc. per il suddetto complesso di 750 posti letto.

Passando al giudizio di merito la Commissione ha classificato primi « ex-aequo » un gruppo di tre progetti, di cui risultarono autori rispettivamente l'ing. A. Sibilla, l'ing. A. Braga, l'architetto prof. E. Rossi (in ordine cronologico di presentazione).

Diamo ora qualche breve cenno circa le caratteristiche generali di ciascuno dei tre progetti summenzionati.

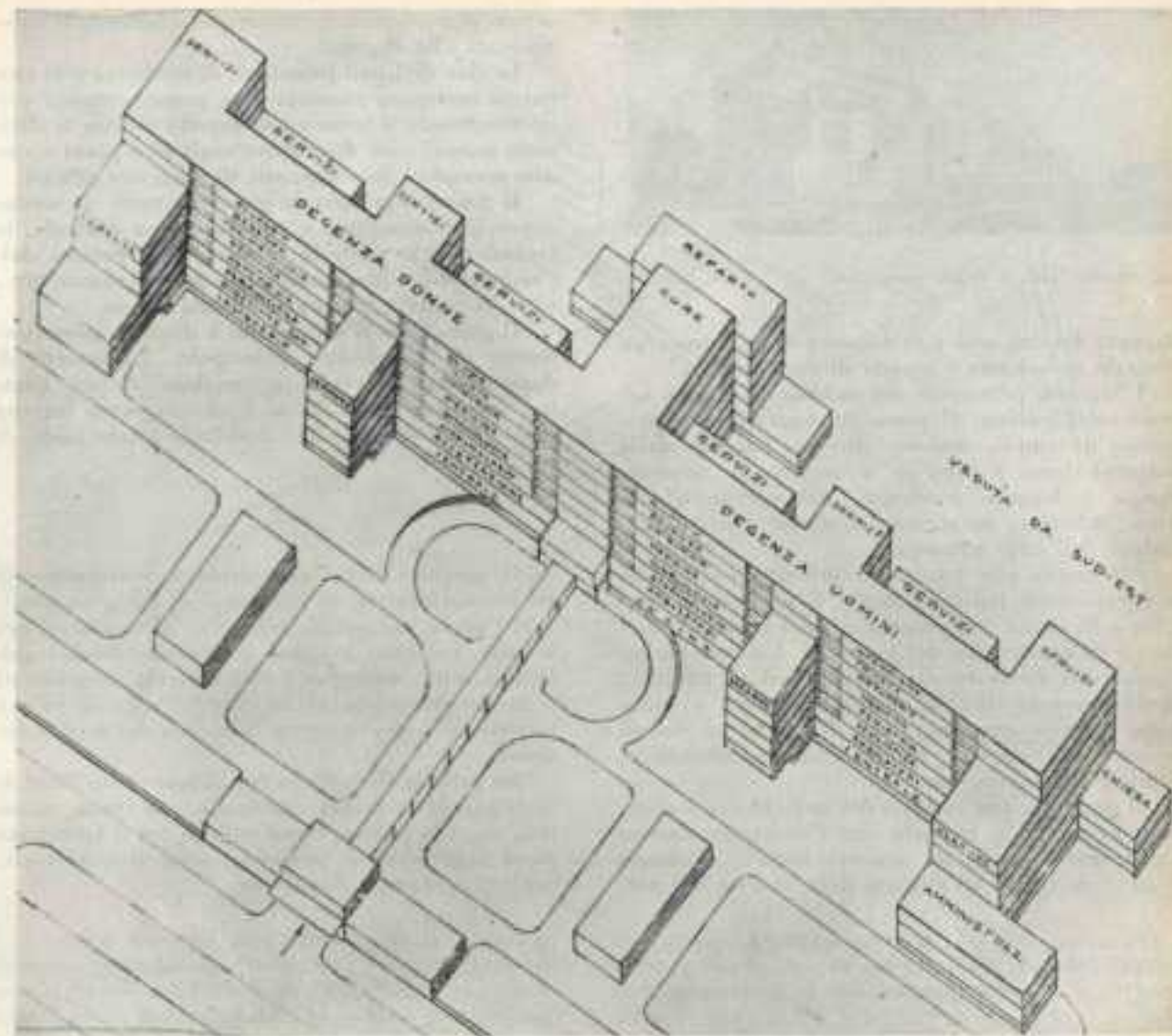
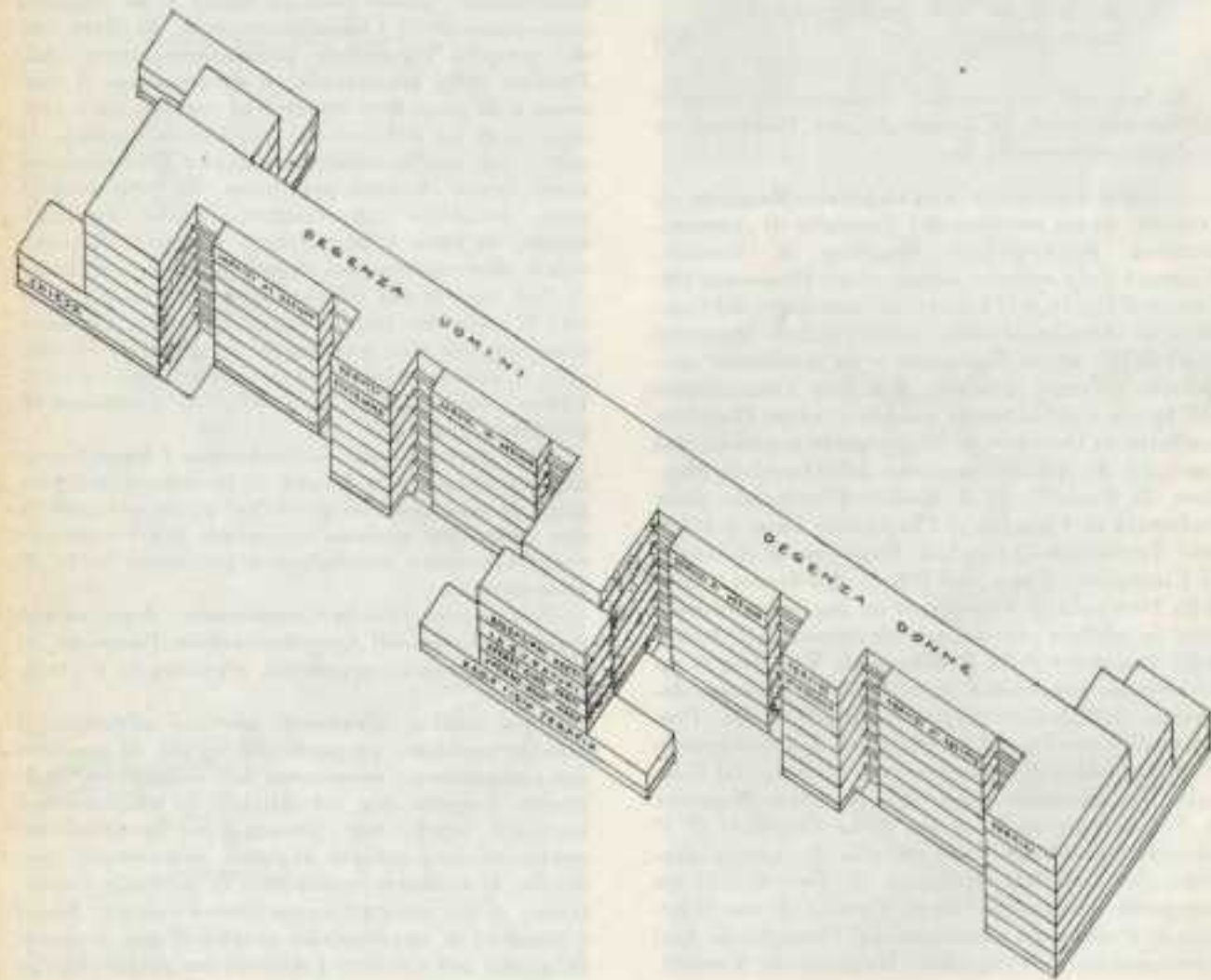
Il progetto Sibilla prevede la costruzione:

di un monoblocco per malati acuti a sette piani fuori terra, oltre ad un piano seminterrato, capace complessivamente di 560 posti letto e contenente tutti indistintamente i reparti di degenza, gli impianti cura ed i servizi generali dell'ospedale; di un padiglioncino di isolamento per malati infettivi a due piani fuori terra, oltre ad un piano seminterrato, capace di 40 posti letto, dipendente dal monoblocco per tutti i servizi generali tecnologici, ad esclusione della stazione di disinfezione prevista nel piano seminterrato del padiglioncino;

di un ampliamento futuro del monoblocco a sei piani fuori terra capace complessivamente di 150 posti letto, con un piano seminterrato riprodotte le stesse caratteristiche del monoblocco e da collegarsi direttamente con esso;

di un piccolo fabbricato per la portineria centrale, collocato in fregio alla strada d'accesso e di ingresso principale dell'ospedale. Colla portineria principale sono collegati due piccoli padiglioni ad un solo piano fuori terra, destinati a contenere le autorimesse ed il posteggio coperto delle biciclette.

Ing. Antonio Sibilla - Schema distributivo dei reparti - Veduta da Nord-Ovest.



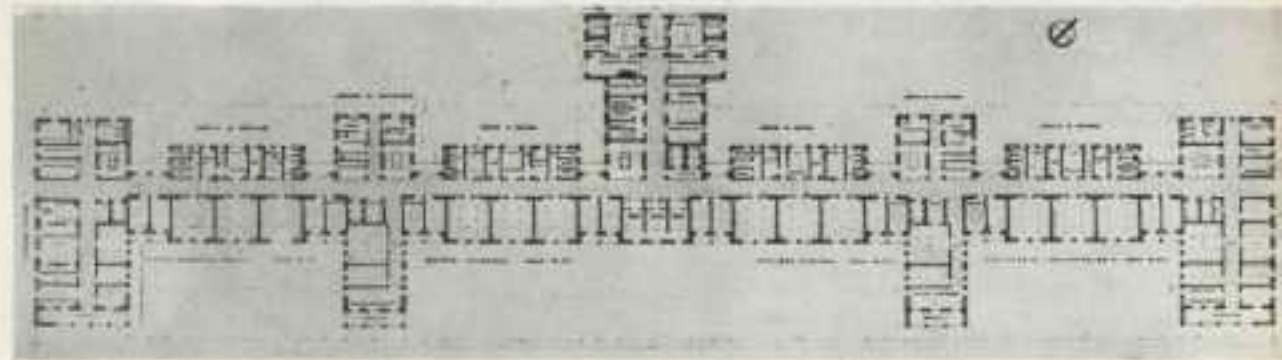
Ing. Antonio Sibilla - Schema distributivo dei Reparti - Veduta da Sud-Est.

Il grande monoblocco è del tipo lineare a corridoio centrale, lungo 185 metri, con i locali di degenza esposti a Sud-est, mentre i servizi sono collocati sul lato opposto e dislocati in modo tale che il corridoio riesca direttamente illuminato, oltreché all'estremità, anche in otto punti intermedi a distanze non maggiori di venti metri.

Sul fronte anteriore del fabbricato sono state progettate quattro sporgenze a pettine di limitata lunghezza, due di estremità e due intermedie.

L'edificio principale è di forma simmetrica rispetto al centro, il che permette di creare, in ogni piano, due ali opposte, simmetriche, rettilinee, destinate rispettivamente alle divisioni di

Ing. Antonio Sibilla - Quarto piano - Chirurgia generale - Ortopedia - Traumatologia - Urologia. — 1 cm. = m. 9,30.





Ing. Antonio Sibilla - Veduta prospettica.

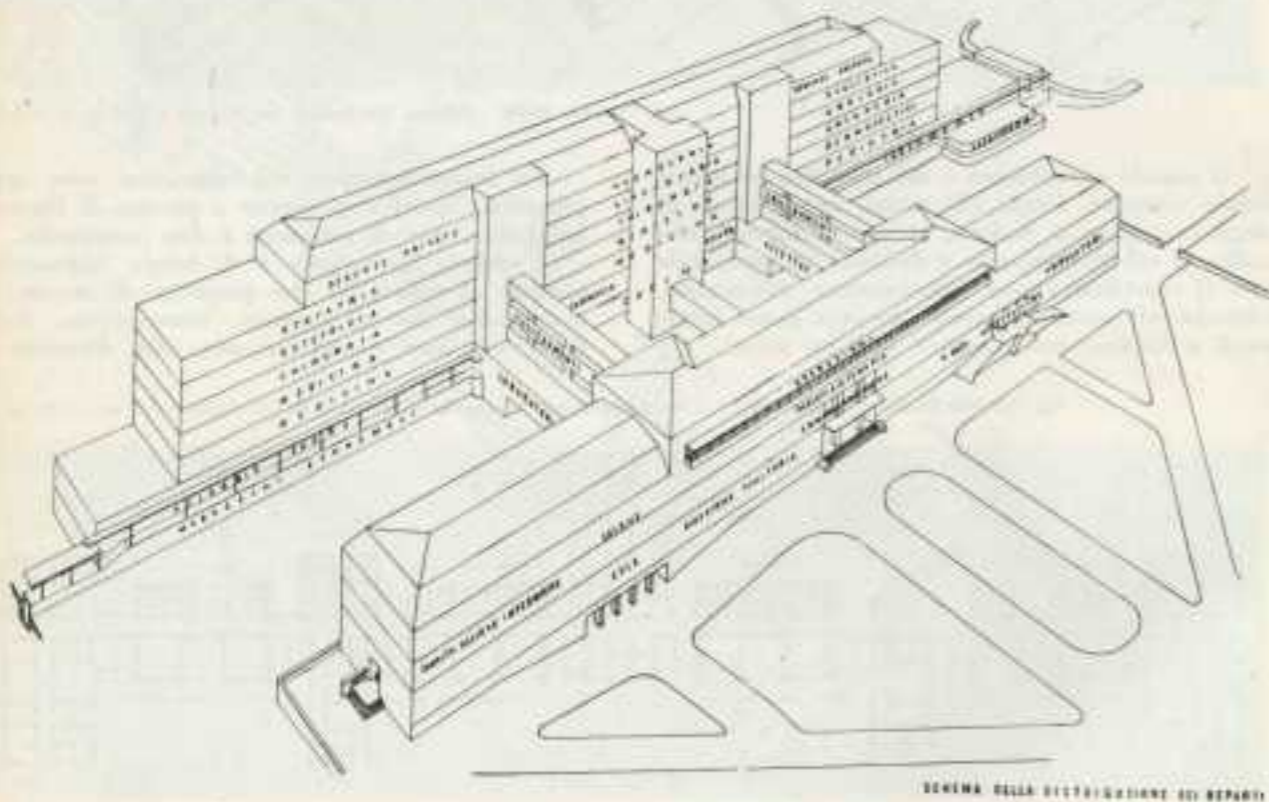
degenza dei due sessi e di disporre di un retrocorpo centrale in colonna i reparti di cura relativi.

L'ingresso principale del pubblico è situato nel centro dell'edificio al piano terreno rialzato, preceduto da ampio scalone. Invece l'arrivo delle autoambulanze è previsto a mezzo di apposite rampe a leggera pendenza, nel corrispondente piano inferiore, in apposito androne coperto, sottostante all'atrio principale.

Attraverso alla portineria principale dovrebbe svolgersi tutto indistintamente il traffico di entrata e di uscita degli ammalati, del personale medico e di assistenza e del pubblico. Un ingresso secondario è riservato al personale ed al pubblico accedente agli uffici di amministrazione, al pubblico esterno accedente alla chiesa ed ai veicoli pesanti destinati alle forniture di combustibile, derrate alimentari, ecc.

Il piano terreno rialzato del monoblocco è riservato ai servizi a contatto con l'ambiente esterno costituenti la cosiddetta « zona filtro »; l'ultimo piano è destinato all'alloggio delle suore e del per-

Ing. Arturo Braga - Schema della distribuzione dei reparti.



SCHEMA DELLA DISTRIBUZIONE DEI REPARTI

sonale d'assistenza; i cinque piani intermedi sono riservati alla degenza.

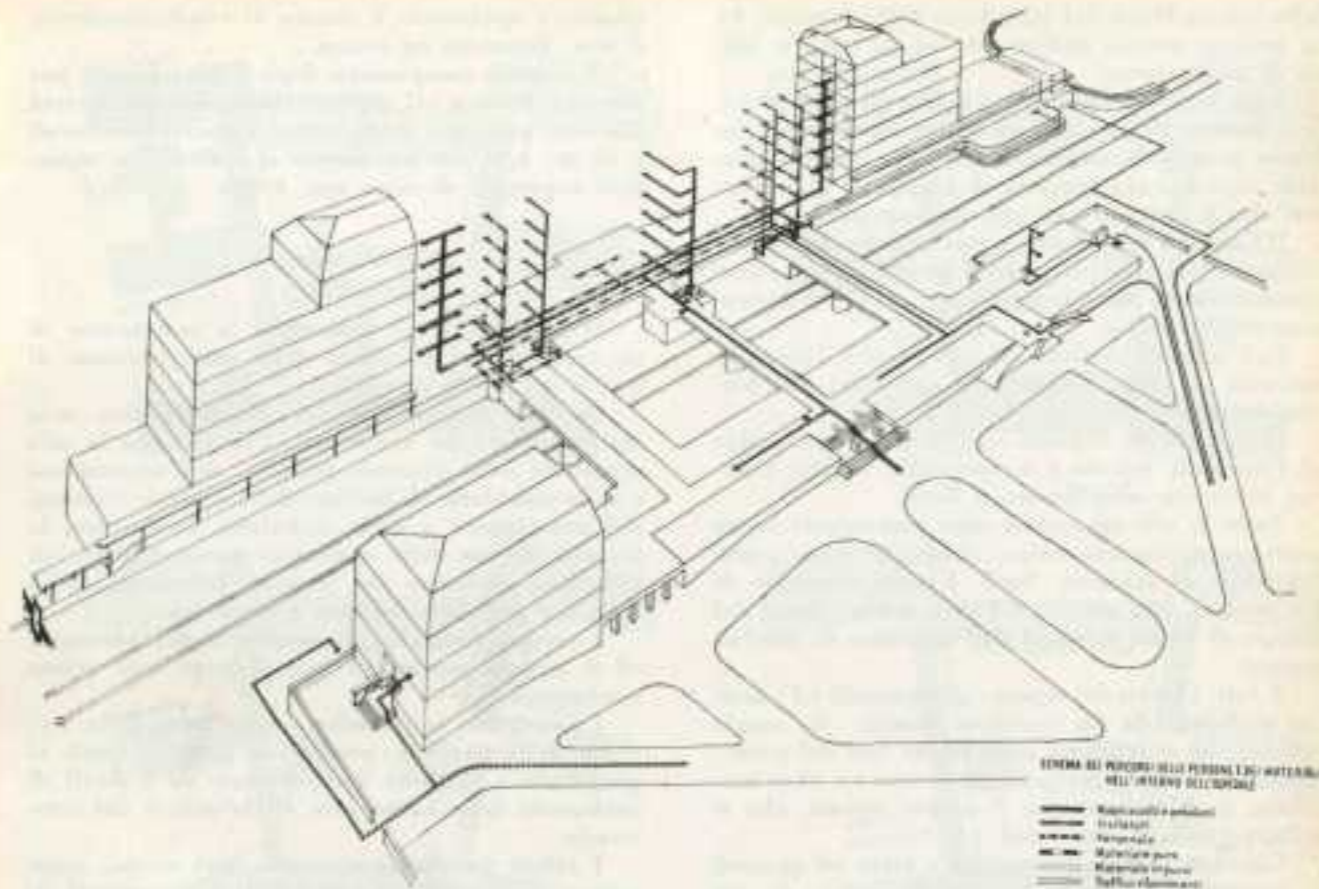
Le due divisioni principali di medicina e di chirurgia occupano ciascuno due piani completi (rispettivamente il terzo ed il quarto) mentre le divisioni minori sono distribuite negli altri piani e riunite secondo i loro rapporti di maggiore affinità.

Il piano seminterrato contiene tutti i servizi generali di economia e cioè la cucina centrale, la lavanderia, la centrale termica, i magazzini dell'economato, i magazzini della manutenzione ecc. oltre al reparto mortuario ed alla chiesa.

Il padiglione d'isolamento è disposto posteriormente al monoblocco principale. Le camere di degenza sono di capienza variabile: da sei, quattro, tre, due e un letto. L'altezza netta interna dei locali è di m. 3,25, il volume totale lordo di mc. 116.000.

Il progetto Braga contempla la costruzione di un blocco formato da due corpi di fabbrica paralleli, l'uno a sud per le degenze, l'altro a nord per le cure, collegati in senso trasversale da due gallerie a vetri: ambedue i collegamenti sono elevati a livello del primo piano, perchè sotto di essi, a terreno, si possa svolgere il traffico dei servizi generali.

La galleria Est collega con il fabbricato Nord le divisioni di medicina, chirurgia, ostetricia, otiatria, ecc.: la galleria Ovest collega con il fabbricato Nord le divisioni di pediatria, ortopedia, urologia, oculistica, dermatologia, ecc.



Ing. Arturo Braga - Schema dei percorsi delle persone e dei materiali.

I servizi generali propriamente detti (cucina, dispensa, guardaroba, magazzini economici, ecc.) sono collocati nel fabbricato Sud, immediatamente sotto i piani delle degenze; le caldaie per gli impianti termici, le officine, le autorimesse, ecc. sono invece collocate nel piano seminterrato del fabbricato Nord: le comunicazioni si svolgono quindi prevalentemente in senso verticale.

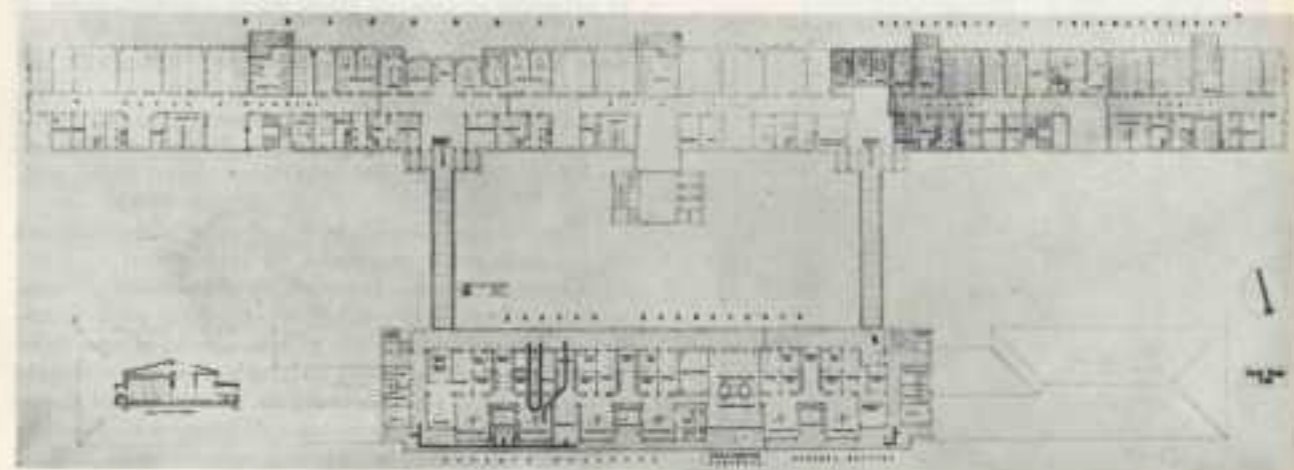
Dal blocco principale dell'Ospedale sono stati

staccati il reparto mortuario, la Chiesa con l'annesso alloggio dei sacerdoti; l'alloggio del Direttore sanitario e le portinerie principale e di servizio.

Il servizio di accettazione ha un ingresso proprio, dal quale i malati, dopo la bonifica, sono avviati internamente alle competenti divisioni di degenza.

Il reparto d'isolamento, posto al piano rialzato

Ing. Arturo Braga - Terzo piano - Chirurgia - Ortopedia e Traumatologia - Blocco operativo - 1 cm. = m. 8,35.



della testata Ovest del fabbricato delle degenze, ha un proprio accesso dall'esterno ed un proprio ufficio di accettazione.

Altro ingresso dall'esterno hanno gli ambulatori. I parenti dei malati, in visita, entrano dall'ingresso principale ed, attraverso una galleria centrale coperta, raggiungono il gruppo degli ascensori che li portano alle sale di degenza.

Il Convitto delle Suore e quello delle infermiere fruiscono essi pure di ingressi propri dal giardino e comunicano, per passaggi interni, con le diverse zone dell'Ospedale.

Dall'ingresso centrale si accede alla Direzione sanitaria (al piano rialzato) ed agli uffici dell'Amministrazione (al primo piano).

Le camere di degenza sono a sei, a tre, a due ed a un letto, esposte a mezzogiorno, mentre i servizi di sezione sono esposti a Nord.

Tutte le sale operatorie sono concentrate in un quartiere operatorio unico, situato al terzo piano del corpo di fabbrica Nord. Esso si compone di due reparti, uno asettico e l'altro settico, divisi dal gruppo di locali occupati dall'impianto di sterilizzazione.

A tutti i locali del reparto gli operandi ed i sanitari accedono da un corridoio munito di ampie vetrate, che si sviluppa sulla fronte Sud del piano, mentre i servizi si svolgono attraverso un altro corridoio, anch'esso munito di ampie vetrate, che si sviluppa sulla fronte Nord.

Ciascuna « unità operatoria » (sala ed annessi) si compone della camera operatoria e di tre locali accessori attraverso cui si svolge il traffico degli operandi e degli operati; fra « due unità operatorie » adiacenti sono inseriti il locale per lo spogliatoio dei chirurghi, quello dei lavabi e quello della sterilizzazione e pulizia degli strumenti.

I locali destinati ai chirurghi sono disposti in modo da permettere ad essi di eseguire l'anestesia mentre procedono alla disinfezione delle mani.

Completano il quartiere operatorio locali per armamentari, un ufficio e gruppi di docce per medici e personale, nonché i necessari impianti igienico sanitari. Tutti i locali, tranne quello della preparazione del malato (che ha illuminazione a soffitto mediante vetro cemento) ricevono aria e luce direttamente dall'esterno: tuttavia l'intero

quartiere operatorio è dotato di condizionamento d'aria, invernale ed estivo.

Il volume complessivo degli edifici (vuoto per pieno) è di circa 147.000 mc. corrispondente a circa 235 mc. per ogni posto letto: l'altezza dei locali è di m. 3,30 dal pavimento al soffitto: la superficie coperta è di circa mq. 8.800.

Il progetto Rossi contempla la costruzione di un monoblocco all'incirca della configurazione di due E maiuscole accoppiate.

In detto monoblocco sono sistemati non solo tutti i reparti ma anche tutti i servizi con la sola eccezione della centrale termica, dell'autorimessa e dello stabulario. L'insieme della centrale termica, dell'autorimessa e dello stabulario forma, con la piccola officina della ordinaria manutenzione, un complesso dislocato nel terreno latistante, nella zona che potrebbe definirsi « impura ».

I servizi generali, gli spogliatoi del personale ed il servizio mortuario sono dislocati nel piano seminterrato.

La cucina e la lavanderia sono fuori della verticale della degenza, mentre su detta verticale si proiettano i refettori del personale ed i locali di confezione della biancheria, dello stiro e del ramendo.

I rifiuti (medicazioni usate, fiori secchi, spazzatura, ecc.) vengono convogliati a due centri di raccolta situati uno nella parte Est e l'altro nella parte Ovest del monoblocco e rappresentati da due silos dislocati, con l'annesso inceneritore, nel piano seminterrato.

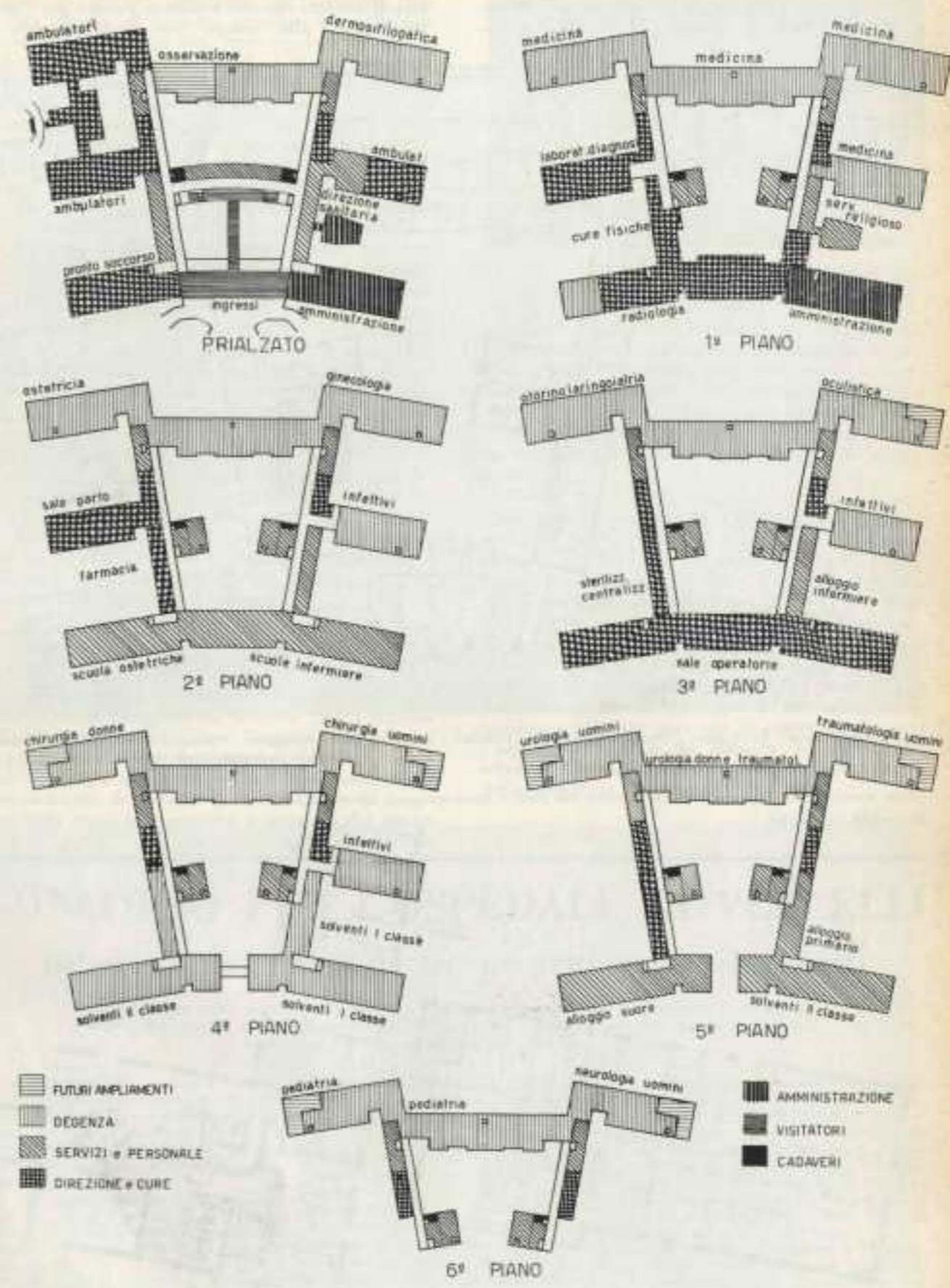
Per quanto riguarda la dislocazione del reparto d'isolamento malati infettivi, il progetto ne contempla la sistemazione nel monoblocco prevedendone il collegamento attraverso filtri, locali di bonifica, di prima disinfezione ecc, in una variante al progetto stesso la sistemazione degli infettivi è invece prevista in un edificio a sé stante, situato nei giardini, in zona « impura ».

Per ciò che si riferisce alle sale operatorie il progetto ne prevede la riunione in un gruppo centralizzato avente la possibilità di funzionare con o senza condizionamento dell'aria: in una variante al progetto si prevede però anche l'installazione di gruppi operatori singoli e dislocati, secondo i canoni fino ad oggi in uso in Italia, vicino alla degenza delle varie divisioni chirurgiche.

Anche il servizio di sterilizzazioni del materiale di medicazione è centralizzato e dislocato nelle immediate vicinanze del quartiere operatorio suddetto.

L'accesso all'ospedale è previsto attraverso ad un unico ingresso suddiviso in vari settori.

Al centro (atrio principale) affluiscono gli ammalati pedonali diretti all'accettazione ed i visitatori; alla porta di sinistra affluiscono le allieve delle scuole professionali, gli infermieri e il personale di servizio ecc. che, deposta la bicicletta nel deposito sottostante, si dirigono agli spogliatoi facendo in uscita il percorso inverso, consentendo così il



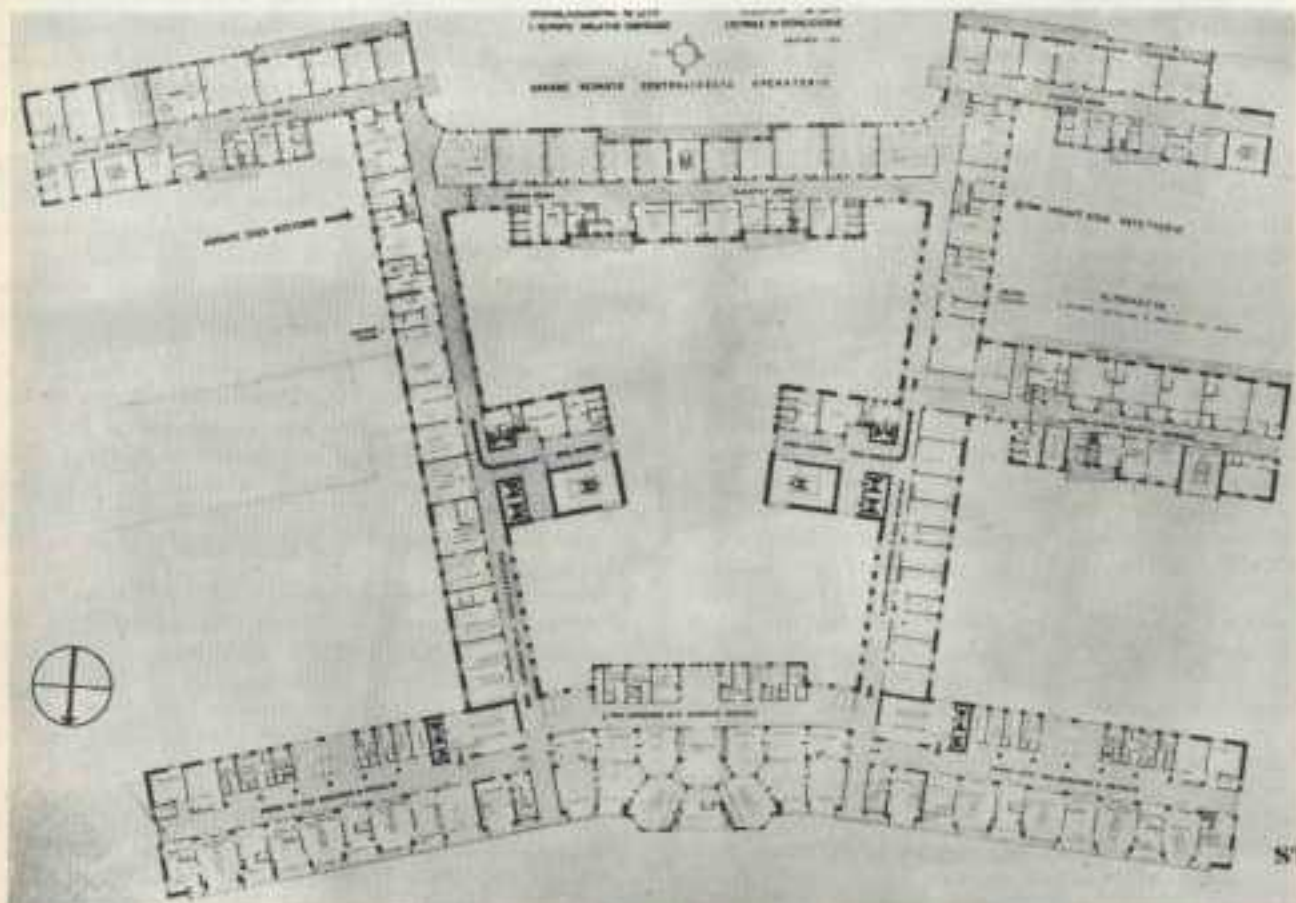
Arch. Ettore Rossi - Schema distributivo dei reparti.

Ing. Arturo Braga - Veduta prospettica.



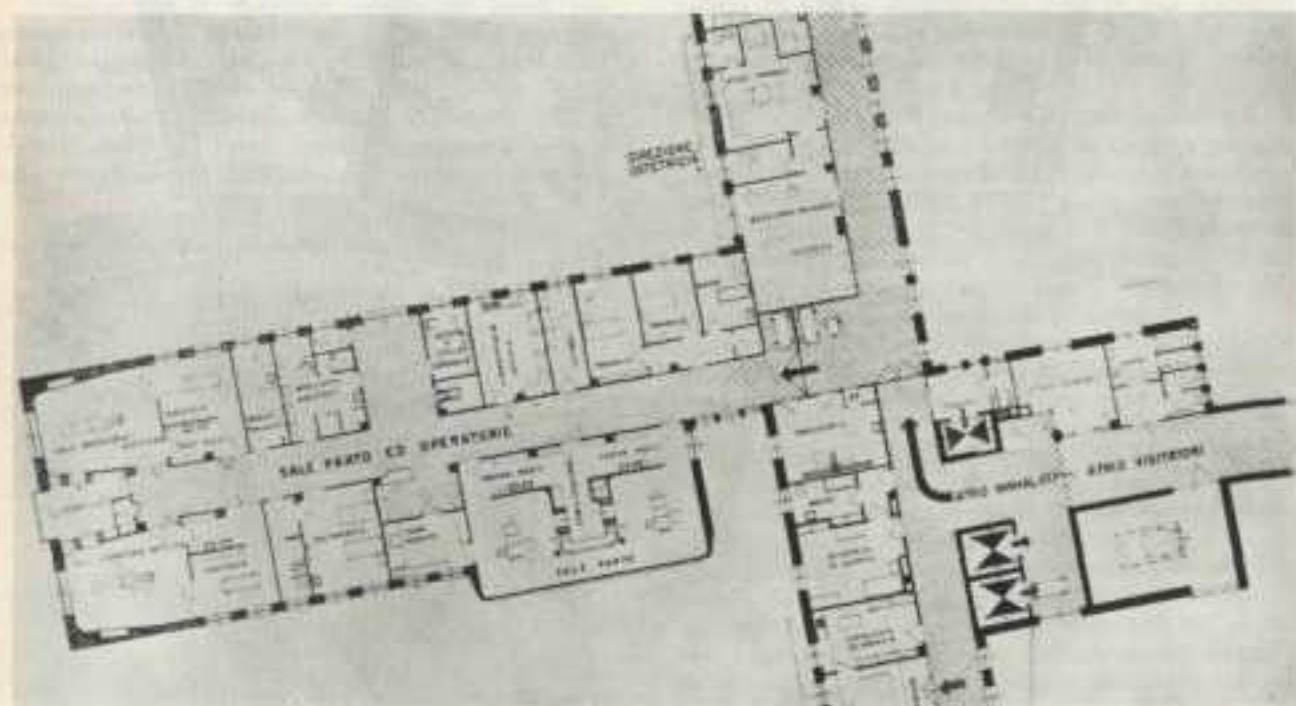
controllo; alla porta di destra affluiscono gli impiegati dell'Amministrazione e gli eventuali visita-

tori di solventi che non volessero passare per l'atrio principale; alla rampa con atrio coperto e



Arch. Ettore Rossi - Terzo piano - Otorinolaringoiatria - Oculistica - Reparto malattie contagiose - Centrale di sterilizzazione - Grande reparto centralizzato operativo — 1 cm. = m. 8,80.

Arch. Ettore Rossi - Piano secondo - Particolare sala parto e operatoria — 1 cm. = m. 3,90.



chiuso di sinistra affluiscono gli ammalati barellati diretti al pronto soccorso ed all'accettazione; alla rampa con atrio coperto di destra affluiscono i solventi barellati, e le auto dei medici, degli amministratori, dei solventi, ecc. Per i carri di servizio diretti al rifornimento della cucina, alla centrale termica, all'autorimessa, ecc, sono previsti passaggi attraverso appositi cancelli. Il funzionamento delle varie porte e dei vari cancelli è previsto a mezzo di comandi elettrici.

Per gli ambulatori è contemplato un accesso indipendente e diretto dalla pubblica strada.

La zona di degenza è rivolta a sud (precisamente 5 gradi verso Est); la « zona filtro » è rivolta a Nord; la « zona servizi » è dislocata in funzione delle due precedenti.

L'ampliamento da 600 a 750 letti è reso possibile mediante gli arretramenti che sono previsti sui due lati delle ali della degenza, sia sulla fronte (stanze da sei letti realizzate a quattro letti, che, con il trasporto della parete anteriore a filo del prospetto, diventeranno da sei letti) sia nei lati, che potranno in seguito essere sopraelevati.

Le camere di degenza sono previste con una capienza massima di sei letti e con un certo numero di camere a quattro, tre, due ed un letto.

Tenuto presente che l'ospedale è progettato per 781 letti e che il volume lordo del complesso ospedaliero è di mc. 161.373 si ottiene un rapporto di mc. 206,70 per letto.

Con recente deliberazione, l'Amministrazione dell'Ospedale Maggiore di Vercelli ha conferito all'architetto prof. E. Rossi l'incarico di redigere il progetto definitivo dell'Ospedale ed ha nominato nel contempo una Commissione tecnico-sanitaria con mansione di stabilire preventivamente le caratteristiche tecniche, igieniche e sanitarie del nuovo



Arch. Ettore Rossi - Veduta da Nord.

complesso ospedaliero, di dare, a richiesta dell'amministrazione, un giudizio sul progetto da presentare all'approvazione delle competenti autorità e di prestare, sempre su richiesta dell'Amministrazione, la consulenza ed esprimere motivato parere su particolari questioni e soluzioni, anche durante lo sviluppo dei lavori di costruzione e di allestimento.

poichè i lavori di compilazione del progetto sono alquanto avanzati e d'altra parte l'Amministrazione dell'Ospedale di Vercelli ha già provveduto, a suo tempo, a nominare un'altra Commissione con l'incarico di studiare i mezzi di finanziamento per la costruzione del nuovo complesso ospedaliero, è lecito affermare che l'annoso problema avrà presto la sua definitiva soluzione, non solo ma che tale soluzione dato il modo con cui il problema venne impostato, studiato, sviscerato e vagliato a lungo da specialisti di indiscusso valore tecnico, non potrà mancare di essere buona sotto l'aspetto sia tecnico che igienico ed economico, oltretutto confacente ai reali bisogni della città e della provincia di Vercelli.

Giuseppe Simonelli

## CONCORSO PER L'OSPEDALE DI VERCELLI

### Rilievi tecnici tratti da tre progetti primi classificati

VA., che fece parte della Commissione Giudicatrice del concorso per l'ospedale di Vercelli, sopra esposto nell'articolo di G. Simonelli, riassume in tabelle i dati relativi alle superfici, ai volumi, ai percorsi ed ai costi dei tre progetti primi classificati.

Appare utile far seguire all'esposizione fatta dal Dott. Simonelli i dati più interessanti dei tre progetti primi classificati (ex aequo) nel concorso per il nuovo Ospedale Maggiore di Vercelli, dai quali emergono le loro caratteristiche di soluzione.

Queste note vogliono essere un complemento tecnico a quanto già ampiamente illustrato e sono state ricavate dai dati dichiarati in progetto dai concorrenti.

Ci si limita a portare a conoscenza quelli relativi alle superfici, ai volumi, ai percorsi ed ai costi, senza voler arri-

vare a giudizi per altro già formulati dalla Commissione esaminatrice del concorso, sulla scorta del complesso di tutti gli elementi di valutazione.

Dalle tabelle qui sotto riportate e facendo riferimento ai grafici che illustrano lo scritto del Dott. Simonelli, riesce evidente che le soluzioni che maggiormente hanno ricercato una riduzione della lunghezza dei reparti, la massima indipendenza dei medesimi, la eliminazione dei corpi trasversali e gli adeguati sviluppi dei servizi, non sempre hanno raggiunto un'economia nelle

superfici e conseguentemente nei volumi; nei percorsi e nei costi.

Sui dati di tabella sono stati tracciati i grafici comparativi relativi alla zona di degenza e cura ed ai servizi del complesso ospedaliero, nonché quelli di confronto fra i percorsi parziali di collegamento fra le sezioni ed i più importanti centri di cura e di servizio.

Questi ultimi si limitano a riportare le distanze reali: orizzontali e verticali. Per un'analisi più approfondita, per altro esorbitante dai fini di queste note, occorrerebbe tradurre i dati di lun-