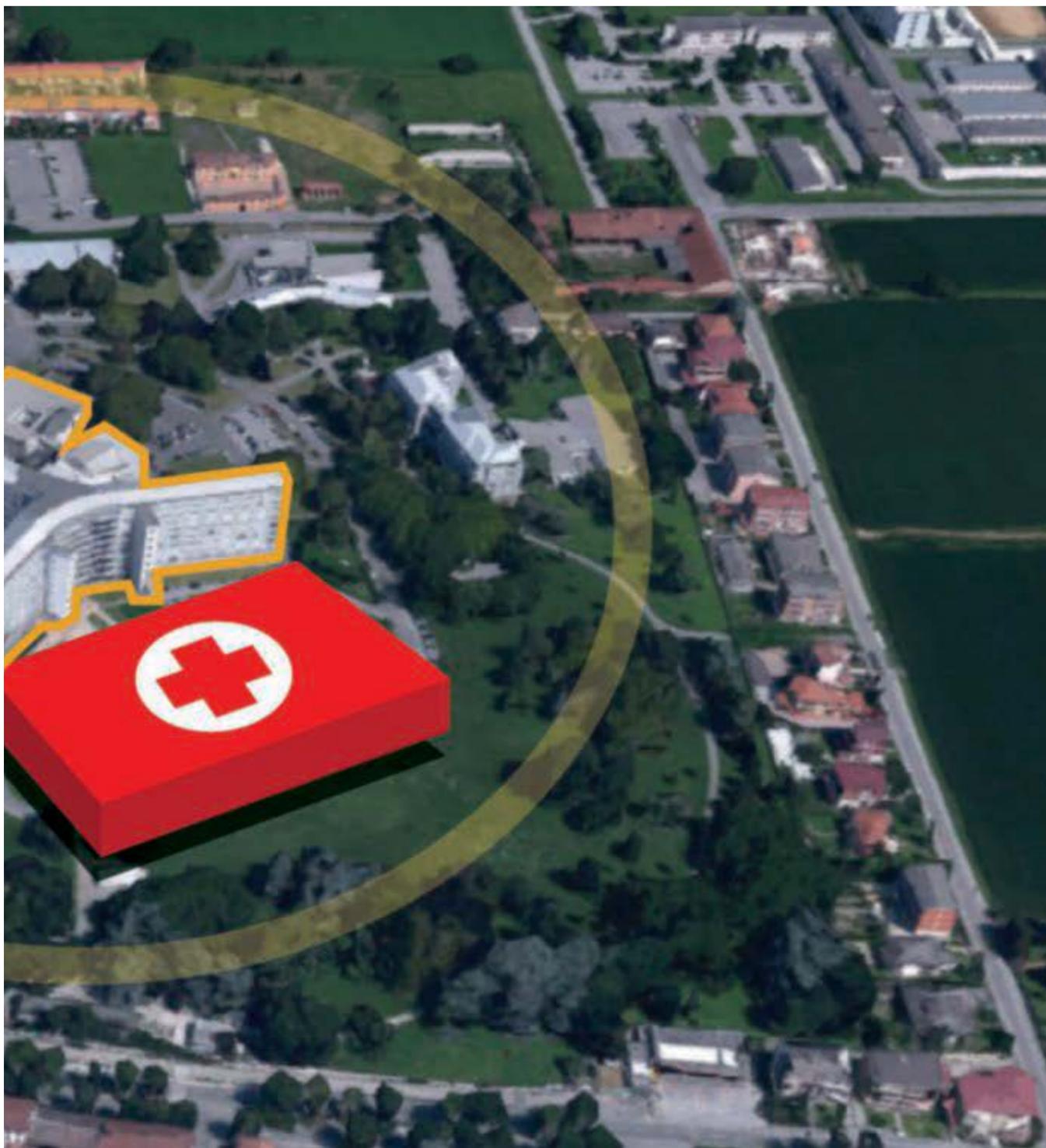


IL FUTURO DEI SERVIZI SANITARI



patrimonio, come si è detto, ma anche da parte di chi è «affezionato» all'attuale struttura, semplicemente perché ha paura del cambiamento o, magari, perché vive nel ricordo di antiche donazioni che andrebbero fatalmente disperse: atti di generosità preziosissimi, perché in passato hanno garantito la sopravvivenza e il funzionamento di interi reparti, ma che in un'ottica di evoluzione e progresso non possono diventare un ostacolo alla modernizzazione - o anche semplicemente alla messa norma - di una struttura che oggi presenta gravi criticità. Oltre alle quattro già citate, spicca una distribuzione degli spazi ormai anacronistica, perché risponde a logiche di cinquant'anni fa: grandissimi e lunghissimi corridoi, camere operatorie indipendenti e posti letto pensati per degenze lunghe, «una settimana di ricovero per un'operazione di cataratta che oggi si fa in due ore di day hospital», come esemplifica Rossi, sottolineando che «struttura e funzioni vanno sempre insieme». Nel senso che la prima

condiziona e permette (o impedisce) le seconde. Ben altra organizzazione avrebbe il nuovo ospedale, che sarebbe costruito in maniera modulare: prima la piastra del nuovo Pronto Soccorso, con la Rianimazione e la Radiologia interventistica, poi, via via, tutti gli altri reparti, fino alla degenza. La sua realizzazione, inoltre, a differenza della ristrutturazione dell'esistente, non richiederebbe un interminabile valzer di posti letto e macchinari, con reparti (e relativi pazienti) costretti a trasferirsi da un'ala all'altra del Maggiore per il tempo necessario allo svolgimento dei lavori di ammodernamento e adeguamento alle norme dei locali attualmente occupati, per poi tornare nella posizione di partenza, in una rotazione di spazi e di cantieri lunga ben quindici anni.

«Per il progetto servirà gente che sappia guardare alla medicina del futuro»

stesso modo il binario oggi necessario per spostare un Tac da una sala operatoria all'altra è un concetto già superato, perché con i «navigatori» basterà la risonanza magnetica».

Per tutte queste e per mille altre ragioni, sottolinea Rossi, una volta presa la decisione di costruire un nuovo ospedale, per la progettazione «servirà un grande concorso di idee». Soprattutto «servirà gente che pensa avanti, che sa prevedere il come e il quando». Perché l'obiettivo non è costruire «un mega ospedale, come lo chiama qualcuno», precisa Rossi, ma una struttura innovativa, più funzionale e moderna. «Il passaggio chiave è la riorganizzazione di tutta la filiera dell'emergenza-urgenza, perché quello è il vero ospedale: se funzionano il Pronto Soccorso e la Rianimazione, tutto il resto viene di conseguenza, l'area sub intensiva diventa uno spazio comune e i reparti funzionano da consulting specialistico. Nel momento in cui un paziente è preso in carico e correttamente inquadrato, se ha l'infarto va a farsi togliere il trombo dalla coronaria, se invece ha il mal di mancia va in Medicina d'urgenza, finché non si appura se è un malato cronico o ha un cancro sanguinante e deve andare in Chirurgia». Un simile sistema fra i tanti vantaggi che offre può consentire alla direzione dell'ospedale di abolire la guardia interdivisionale internistica, quella per cui gli specialisti coprono i turni a rotazione, ma non sempre garantisce l'esperto giusto al posto giusto nel momento giusto. Per evitare questo genere di problemi negli ospedali moderni è stato istituito il Met, Medical Emergency Team in grado di intervenire a 360 gradi, 24 ore su 24. Dove? In America? A Parigi? A Londra? No, semplicemente a Lodi. E non è certo un caso se il dg Rossi arriva proprio da lì.

«L'ospedale attuale è stato progettato nel 1960 e ultimato nel 1970, con l'aggiunta di tre nuovi lotti nel 1973 - ricorda Rossi -. Inizialmente prevedeva 1.500 posti letto, oggi ridotti di due terzi. La dispersione energetica della struttura è altissima, basti guardare gli infissi delle finestre di uffici e reparti... Non a caso, i costi di rifacimento degli impianti per la climatizzazione estiva e invernale, per l'illuminazione artificiale, la produzione di acqua calda e la prevenzione degli incendi sono stati calcolati in ben 100 milioni di euro per il solo monoblocco centrale e in 32 milioni per i padiglioni. Più 48 milioni necessari per l'adeguamento sismico dell'intera struttura e oltre 15 milioni di euro per il rifacimento delle facciate, la realizzazione di un cappotto di coibentazione termica e la sostituzione di porte e finestre». La costruzione da zero di una nuova struttura al fianco dell'esistente costerebbe di più - 231 milioni di euro: 180 per i muri e le dotazioni tecnologiche, 30 per i macchinari (riutilizzando parte di quelli

© RIPRODUZIONE RISERVATA

LO STATO DI FATTO

Superficie complessiva dell'area ospedaliera

18,5 ettari

Superficie coperta

2,5 ettari (13,5%)

MONOBLOCCO OSPEDALIERO

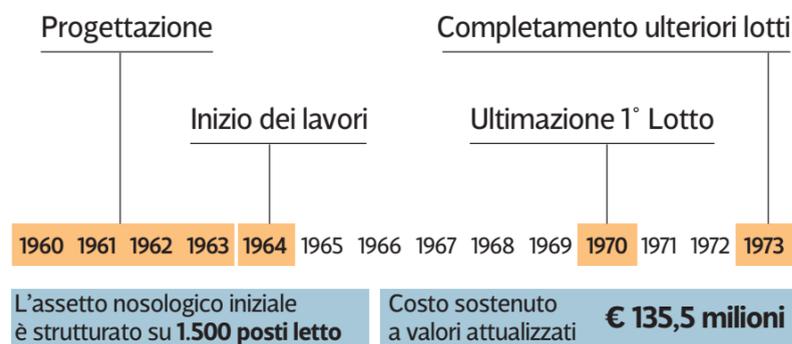
Superficie di pavimento (Slp)

mq 85.000

Volume (V)

mc 300.000 (0,02 mc/mq)

LE FASI DI REALIZZAZIONE



PRINCIPALI CRITICITÀ STRUTTURALI

- 1** Impianto tipologico, assetto e dotazioni tecnologiche generali, configurazione morfologico-distributiva inadeguati ed inefficienti
- 2** Rigida ed insufficiente articolazione degli spazi connettivi. Impossibile differenziazione dei percorsi di accesso ai reparti ed ai servizi
- 3** Gravi non conformità rispetto alle norme di prevenzione incendi
- 4** Caratteristiche strutturali non adeguate alle capacità di risposta agli eventi sismici
- 5** Grave inefficienza energetica del complesso edilizio, in particolare l'incapacità di contenimento delle dispersioni termiche
- 6** Sensibile scostamento delle caratteristiche degli spazi assegnati alle diverse attività cliniche rispetto ai corrispondenti requisiti tecnologici e strutturali

L'Ego-Hub