

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI TRIESTE

Dipartimento di Ingegneria e Architettura

Corso di Laurea Magistrale a ciclo unico in Architettura

Tesi di Laurea

Laureando:

Nicholas Bonini

Relatore:

Sergio Pratali Maffei

Correlatore:

Adriano Venudo

Anno Accademico 2016 - 2017

INDICE

01	Analisi storica	p. 05
02	Analisi urbanistica	p. 37
03	Analisi architettonica	p. 103
04	Gli scenari di trasformazione	p. 147
05	Il progetto del parco	p. 167
06	Il progetto del Sanatorio	p. 191
07	Bibliografia e sitografia	p. 216



ANALISI STORICA

INTRODUZIONE

La tubercolosi viene definita come una "malattia infettiva, contagiosa e ubiquitaria, che deve il nome alla caratteristica formazione anatomopatologica (tubercolo elementare) prodotta, nei tessuti dell'organismo umano e animale, dall'agente patogeno".

La tubercolosi ha arrecato all'umanità da millenni danni importanti sia in termini di morbilità che mortalità, questi danni si sono accentuati da quando le aggregazioni umane nei centri urbani sono divenute più consistenti dal punto di vista demografico. Con le prime manifestazioni proto industriali ed in seguito, nell'Ottocento, con la Rivoluzione Industriale e con la colonizzazione nei nuovi continenti che progressivamente erano toccati dalla civilizzazione europea, la diffusione globale è diventata sempre più un problema sanitario coinvolgente larga parte delle popolazioni europee e dei nuovi continenti.

Oggi la tubercolosi è la malattia infettiva più diffusa al mondo e interessa specialmente i Paesi in via di Sviluppo e i paesi emergenti come Cina, India, Paesi del Sud Est Asiatico, Brasile e Sud Africa. In sintesi si può affermare che la pandemia tubercolare costituisce un blocco importante per il decollo economico e per lo sviluppo sociale per alcuni miliardi di persone. Vista l'importanza del ruolo svolto dalla tubercolosi nel condizionare lo sviluppo dell'umanità gli studiosi si interessano non solo ai complessi aspetti epidemiologici, diagnostici e terapeutici che riguardano questa malattia, ma volgono la loro attenzione alla ricostruzione della sua storia ed ai tentativi di interpretazione scientifica che sono stati compiuti per svelarne le cause.

La parola "tubercolosi" deriva dalle lesioni istologiche, chiamate "tubercoli", che compaiono nei diversi organi colpiti dall'infezione. Lesioni ossee tubercolari attribuibili al morbo di Pott sono state riscontrate in scheletri umani di circa 5.000 anni a.C., oltre che in mummie egizie del 4.000 a.C. Tuttavia, come per il vaiolo, questa malattia non è segnalata nei papiri egizi. La tubercolosi era invece conosciuta nell'antica India e nell'antica Cina, come risulta dagli antichi trattati medici, ma anche nell'America precolombiana, come attestato da osservazioni osteo-archeologiche.

Nell'antica Grecia la "tisi" era già conosciuta: se ne parla sia in Erodoto (V sec. A.C.) che negli scritti ippocratici del "Corpus" (III sec. A.C), dove la malattia è descritta con grande precisione clinica. [...] In epoca romana ne fanno cenno Celso, Areteo di Cappadocia e Celio Aureliano; ma gli autori dell'età classica non arrivarono a comprendere che anche la scrofola, il morbo di Pott, il lupus tubercolare e tutte le manifestazioni extrapolmonari della malattia, fossero da ascrivere ad un unico agente morboso. [...] Tra gli Arabi, Avicenna parla della tubercolosi come di una malattia "ulcerosa, escavante e consuntiva", ed esprime il sospetto che la tisi sia una malattia contagiosa.

La storia dell'assistenza ai malati e dei tentativi di ridurre il contagio mediante misure contumaciali nei confronti dei tisici, si intreccia con il confronto scientifico, tra le due tesi contagionista e anti-contagionista, che per un lungo periodo ha diviso il mondo scientifico. Questa contrapposizione comportava riflessi importanti sulle politiche sanitarie che venivano implementate per ridurre l'impatto epidemico¹.

LA STORIA DELLA MALATTIA

La scrofola, malattia di natura tubercolare, caratterizzata da ingrossamenti ghiandolari tendenti alla suppurazione, colpiva e colpì fino a tempi abbastanza recenti soprattutto la popolazione infantile. Le assegnò questo nome Gilbertus Anglicus che aveva studiato a Salerno tra il 1180 e il 1190⁷.

“Bisogna attendere però il XVI secolo per avere una chiara definizione della tubercolosi come malattia contagiosa. Fu Girolamo Fracastoro, padre della dottrina del contagio, ad impegnarsi in tal senso. La diffusione di questa notizia creò panico fra la gente che prese a trattare gli scrofolosi e i tisici alla stessa stregua dei lebbrosi. Nel 1699 il consiglio di sanità della repubblica di Lucca dispose la denuncia obbligatoria delle persone di qualsivoglia sesso e condizione affette da etisia e nel 1735 dispose l'isolamento e la cura dei tisici, ma ne vietò il ricovero negli ospedali comuni, istituendo luoghi di cura per il loro isolamento. [...] Infine nel 1783 Baumes pubblicò il “*Traité de la phtisie pulmonaire*” che è la summa di tutte le conoscenze sulla tubercolosi fino a lui.

Un particolare fervore di studi sulla tubercolosi si ebbe nel XVII e nel XVIII secolo in Inghilterra a causa dei numerosi casi della malattia presenti su quel territorio. [...] Nel 1810 Bayle per primo, distinse diverse entità anatomico-patologiche, descrivendo la presenza di tubercoli in altri organi diversi dal polmone; si parla della forma diffusa a tutto l'organismo o “tubercolosi miliare” riconoscendo la tubercolosi come malattia generalizzata. [...] Gli studi proseguirono e mentre il francese Laennec, nel 1819, dava un inquadramento nosografico unitario della malattia, per contro, il suo avversario Broussais considerava i tubercoli come il risultato di una reazione infiammatoria, perciò non un prodotto specifico. [...] Giacinto Laennec (1781-1826), sotto l'aspetto diagnostico, inoltre, perfezionava quel metodo della percussione toracica che era già stato proposto da G. L. Auenbrugger nel 1761 e da G. N. Corvisart nei primi anni dell'800, dividendo il torace in quindici regioni, consentendo una più precisa definizione degli organi toracici e delle loro patologie. Un ulteriore passo in avanti nella semeiotica toracica fu fatto da Laennec quando inventò il metodo dell'auscultazione mediata con lo stetoscopio, affinando ancora di più la semeiologia degli organi toracici.

Il 5 dicembre 1865 Villemin comunicò all'Accademia di Francia che la tubercolosi è effetto di un agente causale specifico, da lui chiamato “virus” con dati sperimentali alla mano. Egli aveva infatti inoculato in un coniglio materiale tubercolare di origine umana o animale, ottenendo nell'animale, dopo alcune settimane, lesioni tubercolari, deducendone la specificità della malattia e che essa fosse dovuta ad un agente inoculabile. [...] Villemin pubblicherà nel 1868 a Parigi il risultato delle sue ricerche in “*Etudes sur la tuberculose. Preuves rationnelles et expérimentales de sa spécificité et de son inoculabilité*”. In questa sua pubblicazione Villemin aggiunse anche considerazioni di carattere epidemiologico facendo notare che la tubercolosi era più frequente negli agglomerati urbani più affollati e che nelle regioni indenni come la Nuova Zelanda, l'Australia, l'Oceania, essa fosse comparsa con la colonizzazione europea provocando vere e proprie stragi, aprendo così un capitolo nuovo, quello dell'aspetto sociale della malattia. [...] La consapevolezza che la tubercolosi fosse una malattia dipendente anche dalle cattive condizioni ambientali della popolazione e la convinzione che l'aria salso-iodica del mare avesse benefici effetti sull'andamento delle forme ghiandolari tubercolari di tipo scrofoloso, indusse

Giuseppe Barellai a fondare a Viareggio il primo ospizio italiano per bambini scrofolosi, nel 1862. [...] Robert Koch fu colui che riuscì ad isolare il bacillo tubercolare. Egli usò la colorazione con blu di metilene consigliata da Ehrlich, lo identificò, lo isolò e lo coltivò in siero animale; infine lo inoculò in animali da laboratorio riproducendo la malattia, ottenendo un risultato inoppugnabile. Il 24 marzo 1882 Robert Koch (1843-1910) comunicò alla Società di fisiologia di Berlino la scoperta del *Mycobacterium tuberculosis*.

Il XIX secolo si chiude con una scoperta eccezionale per il progresso medico in generale ed in particolare per la diagnostica della Tuberculosis. Il 28 dicembre 1895 Wilhelm Conrad Roentgen (1845-1923) dà l'annuncio ufficiale della scoperta dei raggi X. Il 12 aprile del 1898 Marie Skłodowska Curie (1867-1934) riferisce all'Accademia delle Scienze di Parigi sulla sua scoperta del Polonium-Radium. Con la nascita della radiologia diagnostica l'interno del corpo umano può ora essere "fotografato", la diagnosi radiologica di tubercolosi polmonare è possibile, ed è possibile correlarla al riscontro puntuale del micobatterio nell'escreato e in altri liquidi biologici"².

L'ASSISTENZA AI PAZIENTI

"La storia dell'assistenza ai malati s'intreccia con la storia delle conoscenze scientifiche, mano a mano che queste crescevano sempre più significativi erano i provvedimenti che venivano pensati per assistere i malati.

Al fine di prevenire il contagio della tisi polmonare nel 1621 il Magistrato di Sanità di Padova vietò agli Ebrei di comprare mobili, biancheria, letti, ecc. provenienti da persone decedute per questa malattia, senza la licenza dell'Ufficio di Sanità e sotto pena di un'ammenda di 50 ducati. In Francia, dopo l'ammissione del De Laurens (1609), che vedeva nei pazienti con scrofola la possibilità di essere fonte di contagio, sorse a Reims nel 1645 l'Ospedale di San Marcul, creato solo con lo scopo di accogliere i malati portatori di scrofola. Purtroppo questa antesignana iniziativa non ebbe un seguito nella nazione forse in quel momento più potente ed avanzata d'Europa. A Lucca, nel 1699 si ravvisò la necessità di convocare il Collegio dei Medici. Lo stesso anno, dopo che il Collegio dei Medici aveva redatto l'elenco delle persone tifiche, nonché le sospette, i Conservatori di Sanità ordinarono misure di espurgo, autorizzando i medici ad eseguire autopsie per studiare la causa di malattia. Nel 1733, nella stessa Città si adottò l'obbligo di denuncia da parte dei medici curanti, chiedendo la collaborazione dei famigliari per la pratica di provvedimenti profilattici, come la disinfezione, in caso di morte o di mutamento di alloggio del tifico, associando anche il divieto di commercio degli effetti personali dei malati. Questi poi, in base alle disposizioni sarebbero stati isolati in un reparto speciale.

A Venezia invece nel 1722 si stabilì l'obbligo di denuncia della malattia, limitatamente ai casi con esito infausto e veniva impedita la vendita degli effetti personali dei deceduti, se non fossero stati "espurgati". Tra il 1733 e il 1734 le Municipalità di Bologna, Ferrara e Roma adottarono i provvedimenti varati a Venezia. Nel 1776 a Napoli, Domenico Cirillo (1739-1799) cominciò a raggruppare i tifici in una sala separata dell'ospedale, mentre in precedenza, nel 1772, una commissione di sette medici della Facoltà di Medicina aveva presentato una relazione al Governo in cui si chiedeva che il Tribunale della Sanità ordinasse la denuncia di tutti i tifici senza eccezione di classe sociale. Napoli era all'avanguardia in Italia ed in Europa e grazie alla collaborazione di Cirillo con Domenico Cotugno (1736-1822), si giunse nel dicembre del 1782 all'emanazione delle "Istruzioni al pubblico sul contagio della tifichezza".

[...] Nei primi 50 anni del XIX secolo in Inghilterra, in Francia e in Germania gli "effetti collaterali" della Rivoluzione Industriale si fecero sempre più acuti. Inchieste come quella fatta da Friederich Engels (1820-1895) sulle "Conditions of the Working Class in England" ponevano in risalto le cattive condizioni di salute dei lavoratori ed individuavano tale disagio nello sfruttamento selvaggio a cui erano sottoposti in città ove l'inurbamento massivo dalle campagne costringeva masse di proletari a vivere in abitazioni sovraffollate. Nei paesi industrializzati più avanzati, grazie a studi epidemiologici, si era osservato che le probabilità di contrarre la tisi era direttamente correlata al sovraffollamento ambientale sia nel luogo di lavoro, sia nelle abitazioni.

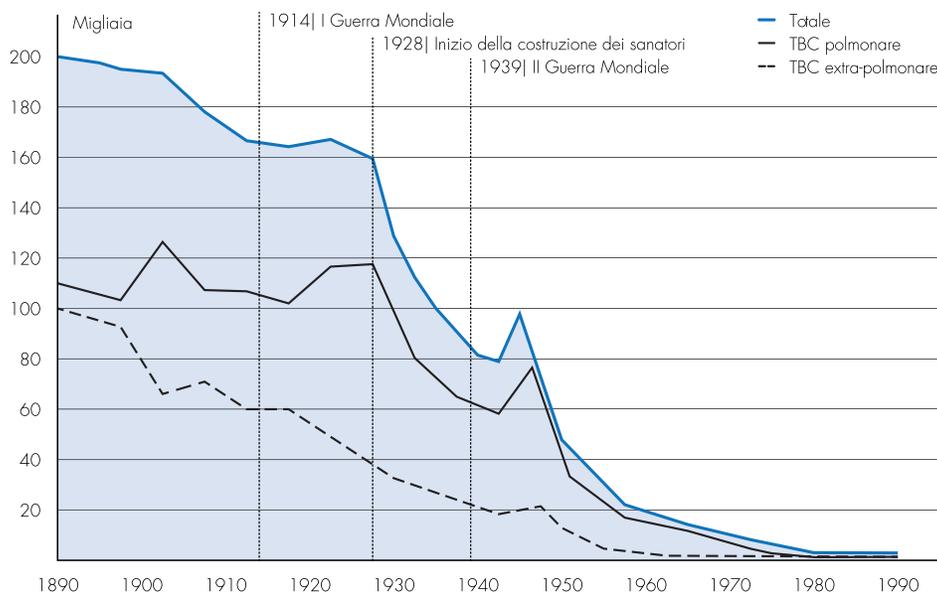
Un curioso tentativo fu effettuato tra il 1838 e il 1845 dal Dottor John Croghan (1790-1849). Egli era proprietario della Mammoth Cave (Kentucky, USA), avendo osservato che l'aria in questa grotta era particolarmente pura e la temperatura costante vi trasferì un gruppo di tisici, sperando che in queste condizioni climatiche potessero essere curati; il risultato fu disastroso in quanto morirono tutti e il motivo era semplice: i pazienti non potevano giovare dell'esposizione ai raggi del sole che rimaneva uno dei pochi presidi utili per contrastare la tisi. A metà del XIX secolo, pur non possedendo evidenze scientifiche, si era largamente fatta strada la consapevolezza che i malati di tisi miglioravano la loro salute se, abbandonato l'ambiente urbano, si trasferivano in zone rurali e meglio ancora se in montagna. Cominciarono così a sorgere i primi sanatori. Nel 1858 a Bournemouth, nel Regno Unito, ne entrò in attività uno e l'anno seguente venne indetta una sottoscrizione per ottenere fondi per il suo mantenimento.

Questa informazione la possiamo desumere da una pubblicità apparsa sul Times del 15 gennaio del 1859. In Germania a Gorbisdorf, nel 1859 fu aperto da Herman Brehmer (1826- 1889) un primo sanatorio, inizialmente costituito da un piccolo gruppo di cottage, in seguito questo si estese e giunse ad ospitare fino a 300 posti letto. I malati rimanevano in questi luoghi isolati per lunghi periodi, venendo sottoposti a regimi alimentari ipercalorici. In Italia, il dottor Giuseppe Barellai (1813-1884), nel 1862 fondò a Viareggio il primo ospizio per bambini portatori di scrofola, nella convinzione che l'aria salso-iodica del mare apportasse benefici, specialmente delle forme ghiandolari tubercolari ulcerate. Circa un secolo prima, nel 1756, era uscito a Londra il volume *The use of voyages in medicina and particularly in a consumption* che ebbe un buon successo di pubblico nel Regno Unito. [...] Nel nostro paese solo dopo il primo conflitto bellico mondiale l'impegno divenne reale, con l'istituzione di una rete sanatoriale collegata ai dispensari anti tubercolari. L'Organizzazione per la lotta alla tubercolosi fu una realtà che incise nel ridurre l'impatto epidemico della tubercolosi, ma solo intorno al 1930 se ne cominciarono ad intravedere i risultati"³.

“I primi anni di applicazione dell’assicurazione contro la tubercolosi segnarono il periodo della diffusione delle prestazioni sostitutive al ricovero e dei ricoveri affidati ad istituti di cura pubblici o privati. Contemporaneamente l’IMPS sollecitava i lavori di completamento di due istituti antitubercolari, già impostati a titolo di prevenzione e di cura delle invalidità che erano quelli di Porta Furba a Roma e di Camerata a Como. Inoltre, l’istituto studiava la possibilità di costruire una propria rete sanatoriale attraverso la determinazione dei criteri generali da seguire nelle costruzioni e nell’organizzazione. Questo stadio preparatorio ebbe una fase applicativa grazie alle collaborazioni che si crearono tra i servizi tecnici dell’IMPS e alcuni consulenti esterni, tra i quali spicca la figura di Eugenio Morelli che era stato chiamato come insegnante presso la cattedra di Tisiologia creata per lui presso l’Università di Roma e ospitata nell’ospedale Sanatoriale “B. Ramazzini” presso Porta Furba dal quale venne trasferito successivamente al grande Ospedale sanatoriale “C. Forlanini”, appena questo fu completato.

Il programma autonomo di costruzione e gestione di istituti anti tubercolosi non rappresentò il solo contributo dell’assicurazione alla creazione di un’adeguata rete di ospedali sanatoriali in Italia, poiché non si deve sottovalutare lo sviluppo e il miglioramento che vennero apportati alle attività e alle iniziative assistenziali. Nella costruzione di questa rete sanatoriale si decise di distribuire i nuovi istituti di cura in modo da evitare interventi nelle zone già dotate di servizi, al fine di evitare duplicazioni e per non turbare equilibri assistenziali già costruiti. Questa scelta venne presa oltre che in senso topografico, anche in senso qualitativo, l’IMPS preferì promuovere in un primo tempo la trasformazione delle colonie e dei preventori già numerosi in Italia. La Seconda Guerra Mondiale colse l’istituto ancora in fase di attività costruttiva e organizzativa, infatti seppure il programma fosse stato impostato e portato in fase avanzata, l’IMPS non era in grado di soddisfare in richieste di assistenza e si dovette aspettare il secondo dopoguerra per poter portare a compimento il programma, con tutti i danni sanitari, assistenziali, sociali ed economici che questo comportò. Se il primo conflitto bellico causò in Italia un grave aumento della mortalità tubercolare, la quale raggiunse il suo culmine nel 1918 quando furono superati i 74.000 morti, contro i 52.000 del 1914, dopo la Seconda Guerra dalla quale l’Italia uscì duramente sconfitta, si ebbe un aumento di quasi il 40% della mortalità tubercolare. Quindi nonostante il progresso raggiunto nella lotta antitubercolare tra gli anni Venti e Trenta, alla fine della Seconda Guerra, l’Italia si trovò nuovamente di fronte ad un ingente problema senza le strutture adeguate per fronteggiarlo. Infatti, l’organizzazione sanatoriale e ospedaliero-sanatoriale dell’Istituto di Provvidenza Sociale doveva estendere i propri servizi a quasi 18 milioni di persone, con un incremento continuo delle domande di presentazione antitubercolari.

Nel primo periodo dell’emergenza postbellica, per far fronte sia ai turbamenti della vita del paese che allo sviluppo della morbosità tubercolare, l’Istituto provvide prontamente a trasformare alcune colonie termali e alcuni convalescenziari in ospedali sanatoriali, ad aumentare i posti letto negli istituti sanatoriali già funzionanti e ad effettuare il completamento di case di cura in fase di costruzione. Ma la decisa volontà di ripresa, manifestata già dalla data della Liberazione, non conobbe sosta. Infatti, le case di cura in attività vennero adeguate e riparate in modo da renderle efficienti e funzionanti. In poco più di quattro anni dalla fine della guerra, l’IMPS era riuscito a concludere l’attività costruttiva iniziata dopo la Prima Guerra Mondiale ed interrotta bruscamente dall’inizio della Seconda. Allo stesso tempo gli altri enti antitubercolari, le amministrazioni ospedaliere e le strutture private avevano ripristinato le proprie case di cura e ne avevano sostituite di nuove. Grazie a questi interventi si riuscì a raggiungere un equilibrio stabile fra domanda e offerta di posti



Mortalità per tubercolosi polmonare ed extra-polmonare in Italia dal 1890 al 1990

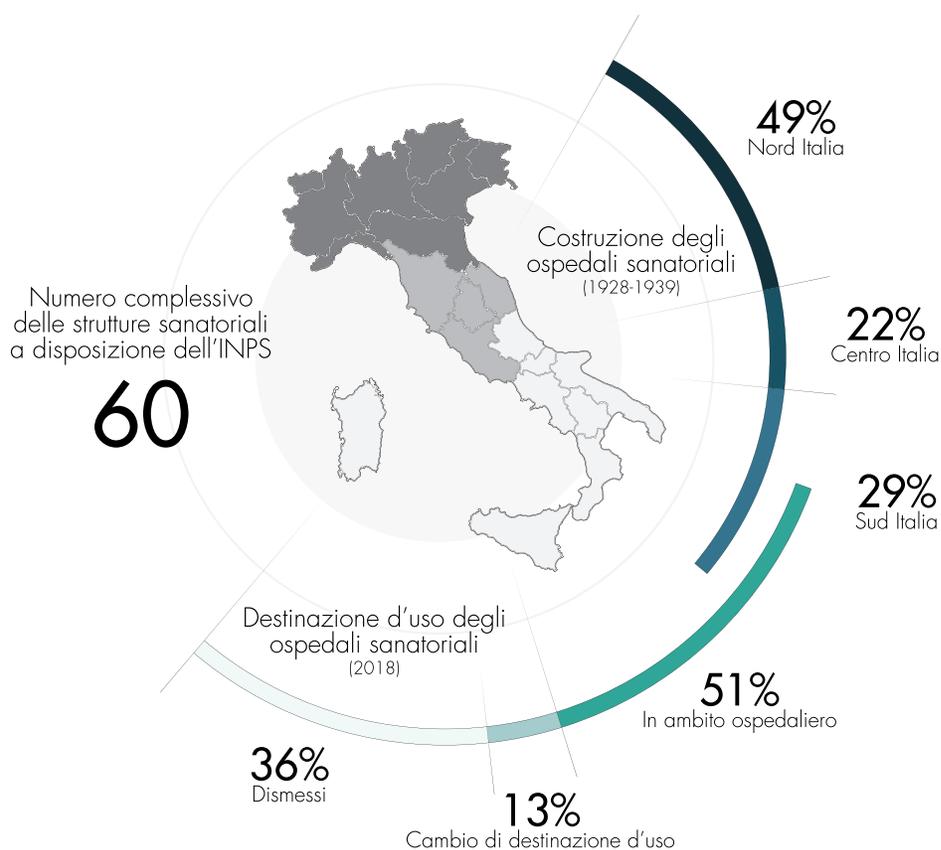
letto, anche se la morbosità e il carico assistenziale non accennavano a diminuire, ma, anzi, fossero in costante e sensibile aumento. A questo punto fu possibile dare inizio alla smobilitazione degli edifici trasformati per l'emergenza riportandoli alle loro funzioni originarie e anche al graduale ridimensionamento dei sanatori, fino ad allora enormemente affollati per non lasciare i malati senza assistenza. Nel campo dei provvedimenti diretti a tutelare la salute fisica dei lavoratori, assunse notevole importanza l'assistenza antitubercolare, che l'Istituto Nazionale della Previdenza Sociale svolse a favore degli assicurati e dei loro famigliari. Infatti nel 1950 la spesa complessiva per l'assistenza sanitaria ed economica dell'Istituto raggiunge i 28 miliardi di Lire ossia, un importo pari a circa novanta volte quello relativo alla spesa sostenuta nel 1940.

All'entrata in vigore dell'assicurazione contro la tubercolosi esistevano in Italia 12.755 posti letto suddivisi tra sanatori, ospedali sanatoriali, reparti ospedalieri e case di cura private a disposizione dei tubercolotici, una disponibilità assai al di sotto della proporzione di un letto per ogni morto per tubercolosi. Tale proporzione veniva allora considerata come il minimo indispensabile per una efficiente azione antitubercolare. Pertanto l'IMPS iniziò la costruzione di case di cura per far fronte ai suoi impegni verso la popolazione assistita secondo le direttive della relazione ministeriale al disegno di legge istituito dell'assicurazione che stabiliva il numero dei posti letto in circa 20.000. Infatti, l'Istituto utilizzava, per il ricovero degli assicurati e dei loro famigliari, sia i propri sanatori, sia quelli di proprietà di altri enti, pubblici o privati, con i quali stipulava apposite convenzioni.

La costruzione di queste unità sanitarie specializzate fu intrapresa velocemente, innanzitutto con il completamento di alcune case di cura che erano state già iniziate, sempre per i malati di tubercolosi, ma a titolo di prevenzione e cura dell'invalidità, prima dell'attuazione della speciale assicurazione, e successivamente con la costruzione di edifici provvisori in materiale leggero, alcuni dei quali superarono anche il

periodo di durata previsto per il loro utilizzo. Infine, la costruzione di case di cura studiate in conformità dei nuovi programmi, progettati con ampi spazi e concezioni innovative, consentì l'utilizzo per un numero di posti assai maggiore di quello previsto in un primo tempo. I Sanatori di proprietà dell'Istituto vengono costruiti nelle quasi totalità dei casi, tra il 1930 e il 1950, con i più moderni criteri della tecnica ospedaliera e sanatoriale.

Al fine di intraprendere l'opera costruttiva l'istituto si dotò di un Ufficio Tecnico con sede a Roma, l'ufficio si compose di un nutrito gruppo di ingegneri, architetti, geometri e periti che elaborarono tutti i progetti dei moderni sanatori. Dal 1959 erano in pieno funzionamento, 60 case di cura per la tubercolosi e i posti letto disponibili arrivarono a circa 26.000. Normalmente l'ampiezza delle case di cura variava da un minimo di 200 posti letto ad un massimo di 400, ma in alcuni casi potevano raggiungere proporzioni molto più elevate in rapporto alle necessità di ricovero delle zone circostanti e per la costituzione di importanti centri di studio e di ricerca per la lotta contro la tubercolosi⁴.



Costruzione e destinazione d'uso degli ospedali sanatoriali dell'INPS

LA RETE SANATORIALE | ELENCO DELLE STRUTTURE ANTITUBERCOLARI COSTRUITE
DALL'UFFICIO TECNICO DELL'INPS TRA IL 1928 E IL 1939





S_01 | Ospedale
B. Ramazzini
Roma (RM)
1928



S_06 | Ospedale
Ingrassia
Palermo (PA)
1932



S_11 | Ospedale
C. Forlanini
Cagliari (CA)
1933



S_02 | Ospedale
Arliano
Lucca (LU)
1928



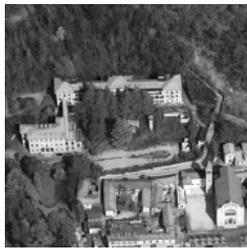
S_07 | Ospedale
G. Borelli
Imperia (IM)
1932



S_12 | Ospedale
Dubini
Caltanissetta (CL)
1933



S_03 | Ospedale
A. Conti
Sassari (SS)
1931



S_08 | Ospedale
G. B. Grassi
Como (CO)
1933



S_13 | Ospedale
E. Filiberto
di Savoia
Gorizia (GO)
1933



S_04 | Ospedale
L. Sacco
Milano (MI)
1931



S_09 | Ospedale
A. Garbasso
Arezzo (AR)
1933



S_14 | Ospedale
Principe
di Piemonte
Napoli (NA)
1934



S_05 | Ospedale
Bertagnetta
Vercelli (VC)
1931



S_10 | Ospedale
La Girola
Verona (VR)
1933



S_15 | Ospedale
G. Testa
Taranto (TA)
1935



S_16 Ospedale
A. De Giovanni

Venezia (VE)
1935



S_21 Ospedale
C. Forlanini

Roma (RM)
1936



S_26 Ospedale
E. Agnelli

Torino (TO)
1936



S_17 Ospedale
C. Braico

Brindisi (BR)
1935



S_22 Ospedale
U. Novaro

Imperia (IM)
1936



S_27 Ospedale
A. Sclavo

Siena (SI)
1936



S_18 Ospedale
Luciani

Ascoli Piceno (AP)
1935



S_23 Ospedale
Elena d'Aosta

Ancarano, Slovenia
1936



S_28 Ospedale
P. Grocco

Perugia (PG)
1936



S_19 Ospedale
Pizzetti

Grosseto (GR)
1935



S_24 Ospedale
A. Carle

Cuneo (CN)
1936



S_29 Ospedale
G. Bizzozero

Varese (VA)
1936



S_20 Ospedale
A. Galateo

Lecce (LE)
1936



S_25 Ospedale
A. Parenti

Trento (TN)
1936



S_30 Ospedale
di Imola

Bologna (BO)
1936



S_31 Ospedale
S. Camillo

Chieti (CH)
1936



S_36 Ospedale
di Vecchiazzano

Forlì-Cesena (FC)
1937



S_41 Ospedale
C. Zonchello

Nuoro (NU)
1938



S_32 Ospedale
Vittorio
Emanuele III

Padova (PD)
1936



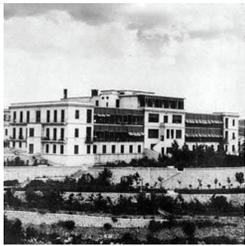
S_37 Ospedale
L. Spallanzani

Reggio Emilia (RE)
1937



S_42 Ospedale
Boeri

Ferrara (FE)
1939



S_33 Ospedale
G. B. Odierna

Ragusa (RG)
1936



S_38 Ospedale
R. La Russa

Trapani (TP)
1937



S_43 Ospedale
Banti

Firenze (FI)
1939



S_34 Ospedale
di Genova

Genova (GE)
1936



S_39 Ospedale
U. Maddalena

Rovigo (RO)
1938



S_44 Ospedale
A. Murri

Jesi, Ancona (AN)
1939



S_35 Ospedale
L. Concetti

Sondrio (SO)
1936



S_40 Ospedale
G. Rasori

Parma (PR)
1938



S_45 Ospedale
Cotugno

Bari (BA)
1939

NOTE BIBLIOGRAFICHE

1: Dott. Sergio Sabbatani, *Tubercolosi: tutta la storia di una malattia infettiva*, Ordine Professioni Infermieristiche – Bologna, www.ordineinfermieribologna.it, 10 novembre 2015, visionato il 10 settembre 2017

2: Dott. Antonio Semprini, *Storia della Tubercolosi*, www.pediatria.it, visionato il 3 ottobre 2017

3: Dott. Sergio Sabbatani, *Tubercolosi: tutta la storia di una malattia infettiva*, Ordine Professioni Infermieristiche – Bologna, www.ordineinfermieribologna.it, 10 novembre 2015, visionato il 10 settembre 2017

4: Manuela Sabatti, Giulia Zolia, *Il Sanatorio di Trieste: analisi, restauro e riuso*, Tesi di Laurea, Università degli Studi di Trieste, Anno Accademico: 2003-2004, pp. 20-25

IL SANATORIO

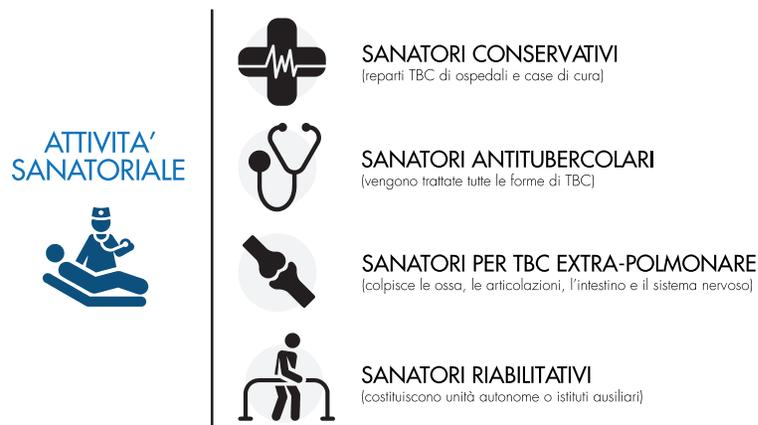
L'UFFICIO COSTRUZIONI SANATORIALI

La relazione ministeriale per la conversione in legge del R.D. del 27 ottobre 1927, n. 2055, indicava l'obbligo di istituire 20.000 posti letto entro 10 anni. Alla CNAS, la Cassa Nazionale per le Assicurazioni sociali, spettò il compito di progettare le strutture per la cura della tubercolosi.

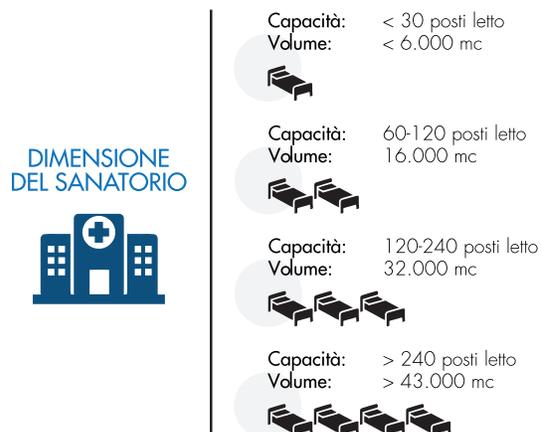
Eugenio Morelli, affiancato dall'allora direttore sanitario della Cassa, Giannini, dispose l'organizzazione di un vero e proprio ufficio tecnico centrale destinato a elaborare le tipologie architettoniche fondamentali per la costruzione degli ospedali sanatoriali, gli istituti di città che, sulla base di questi prototipi, sarebbero poi stati costruiti in Italia.

L'Ufficio Costruzioni Sanatoriali aveva a capo l'ingegnere M. Gobbi Belcredi ed era coordinato dall'ingegnere Guidi e contava sull'architetto ingegnere Ugo Giovanozzi, responsabile per la parte artistica, e sull'ingegnere Marcovigi per la parte tecnica. Morelli sovrintendeva alla parte funzionale e clinica così che questo team di tecnici e medici ripeteva su vasta scala, e dopo più di mezzo secolo, l'intuizione dei pionieri del sanatorio europeo, curando la definizione di un tipo architettonico destinato ad essere essenzialmente uno strumento terapeutico.

Classificazione dei sanatori in base all'attività svolta all'interno



Classificazione dei sanatori in base alla dimensione dell'edificio



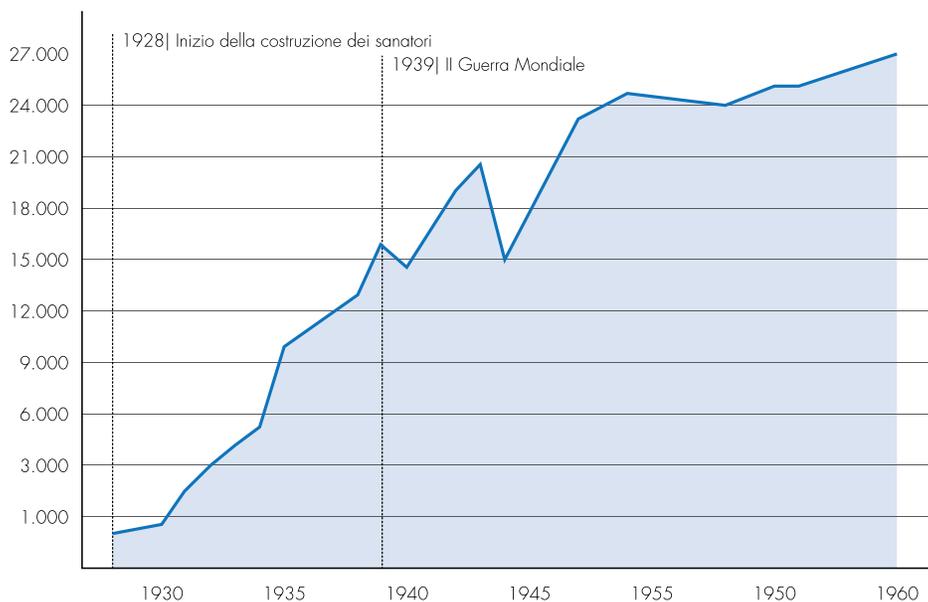
IL PROGETTO DEL SANATORIO-TIPO

I progetti elaborati consistettero nella definizione minuziosa delle tipologie architettoniche per il sanatorio e per gli edifici secondari, nella descrizione dettagliata della camera, della veranda e del tipo di serramento, nelle relazioni di capitolato speciale con le specifiche per la costruzione e l'arredamento, nella relazione di computo metrico e nella dettagliata stima dei costi, e anche nello stile architettonico di facciata.

Per questi progetti vennero messi a disposizione 500 milioni di lire con una media di costo di lire 25.000 per letto, cifra non troppo alta ma che non doveva essere superata. Il computo metrico e la stima dei costi fissavano limiti precisi per ogni dettaglio, costruzioni, finiture, arredamento e consentivano un unico distinguo, dando conto, appunto, dell'unica differenza di costo ammessa tra un edificio e l'altro, quella legata alle particolarità del sito. Il resto dell'edificio doveva essere ovunque il medesimo e i costi ovunque controllati.

Sulla base di questo prototipo, circa 60 ospedali sanatoriali furono costruiti in meno di 10 anni su tutto il territorio nazionale. Il medesimo schema compositivo venne impiegato anche come matrice per la progettazione dei complessi più articolati e ambiziosi come il Centro Forlanini di Roma, approntato nel 1934 e nel quale verrà trasferita la clinica fisiologica di Morelli.

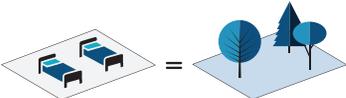
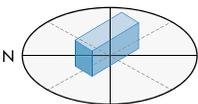
Incremento dei posti letto nelle case di cura a gestione diretta I.N.P.S.

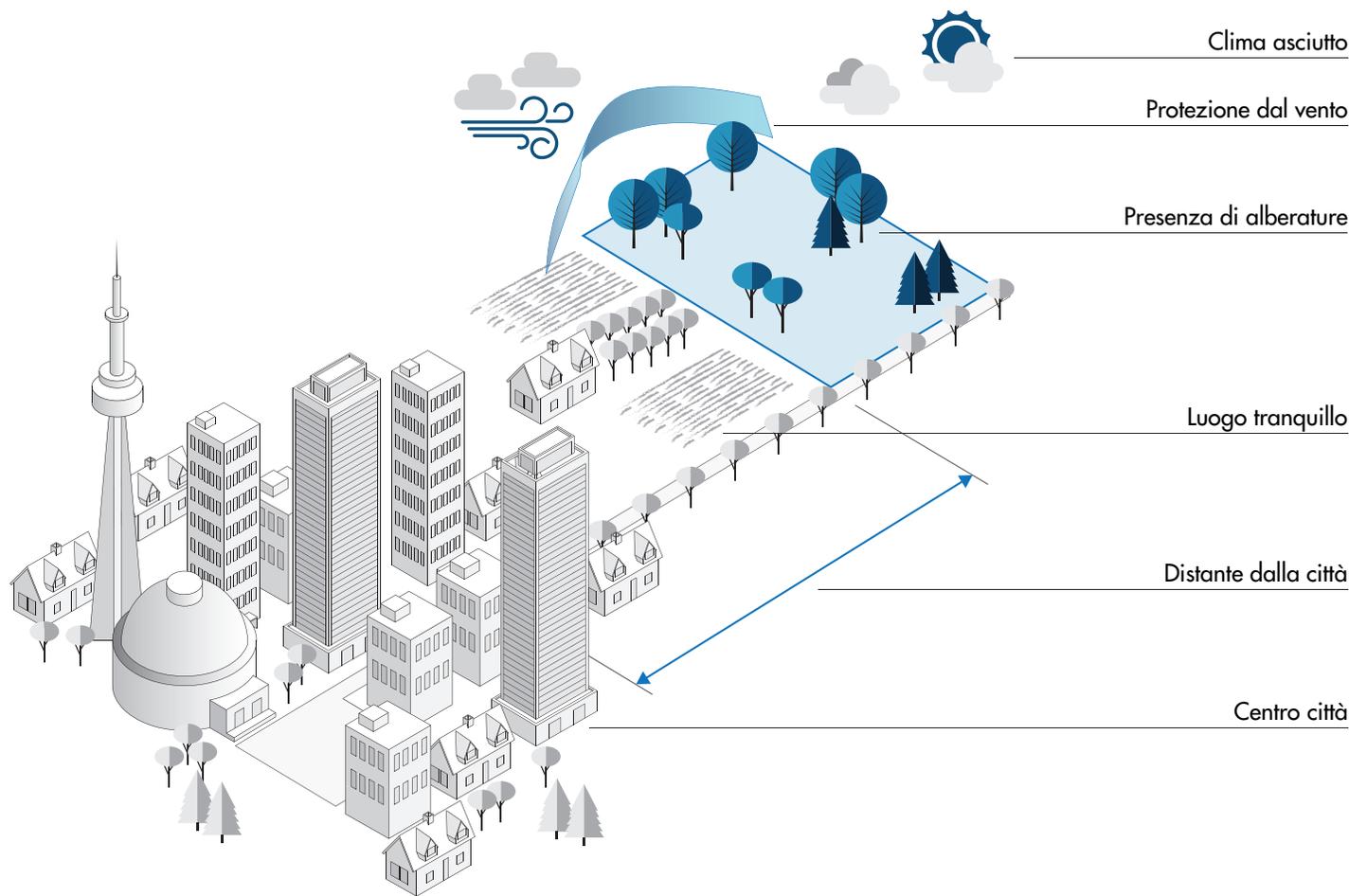


LA SCELTA DEL LUOGO

La collocazione dell'ospedale sanatoriale deve essere scelta con cura e deve tenere conto di diversi fattori, tra cui la lontananza dai centri abitati e l'assenza di venti e di umidità. Una regola fondamentale è che l'istituto sia circondato da un parco, un bosco o una pineta, per consentire ai degenti di fare delle passeggiate. All'inizio del XIX secolo la ricerca delle condizioni migliori porta i medici e gli specialisti ad ammettere l'importanza dei fattori climatici nella cura della malattia. Questo poiché la vita all'aria aperta favorisce la cura rafforzando le attività organiche.

REGOLE PROGETTUALI

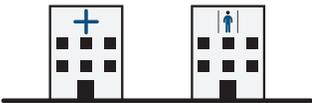
CODICE	CARATTERISTICA	RAPPRESENTAZIONE GRAFICA
ST_01	Il terreno su cui sorge il sanatorio deve assicurare una posizione panoramica boscosa .	
ST_02	La zona boscosa deve essere proporzionata con il numero di posti letto .	
ST_03	Il parco si deve sviluppare a sud dell'edificio e deve scendere con un lento declivio .	
ST_04	Il parco si deve articolare come un giardino , quindi con vialetti, piazzali, prati erbosi e boschetti.	
ST_05	Il parco deve essere recintato per evitare contatti con l'esterno o con i reparti di isolamento.	
ST_06	L'area su cui sorge l'edificio deve essere priva di nebbia , e con un clima relativamente asciutto .	
ST_07	Il terreno deve assicurare una buona protezione dai venti provenienti da nord.	
ST_08	L'edificio deve essere disposto diagonalmente rispetto i punti cardinali . In questo modo la luce del sole raggiunge tutti i lati dell'edificio.	



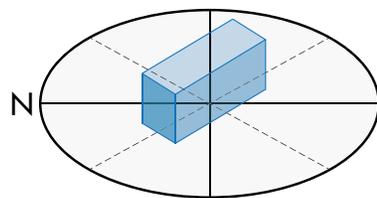
UN'UNICA TIPOLOGIA

La costruzione della rete di edifici si deve basare su un'unica tipologia consistente in un edificio a monoblocco a due o tre piani fuori terra con schema planimetrico a "T", i cui due bracci, corrispondenti ai reparti di degenza maschile e femminile, sono simmetrici rispetto ad una spina centrale contenente i servizi comuni. L'edificio deve presentare andamento rettilineo, rinunciando così ai modelli curvi impiegati alla fine dell'Ottocento. Una scelta per favorire il ricambio d'aria sulle verande, per favorire la disciplina durante le ore di cura e per contenere i costi di costruzione.

REGOLE PROGETTUALI

CODICE	CARATTERISTICA	RAPPRESENTAZIONE GRAFICA
ED_01	Il sanatorio, per essere redditizio , deve ospitare un numero di posti letto superiore a 200 .	
ED_02	Il sanatorio doveva essere costituito da un edificio destinato a portineria e autorimessa .	
ED_03	Il sanatorio doveva essere costituito da due nuclei edilizi: il monoblocco e il padiglione di isolamento .	
ED_04	Il monoblocco ha uno schema planimetrico a "T" con due bracci per i reparti di degenza, simmetrici alla spina centrale di servizi comuni.	
ED_05	Il monoblocco è articolato su tre corpi: il corpo principale a sud contiene i reparti di degenza , gli ambiti di rappresentanza e i servizi principali .	
ED_06	Il monoblocco è articolato su tre corpi: il corpo posteriore a est contiene gli uffici di amministrazione e i reparti scolastici .	
ED_07	Il monoblocco è articolato su tre corpi: il corpo posteriore a ovest contiene il reparto contumaciale , i servizi diagnostici e gli alloggi .	
ED_08	Prima della costruzione del sanatorio è necessario eseguire uno studio attento e razionale di tutti i percorsi , sia orizzontali che verticali.	

Orientamento dell'edificio

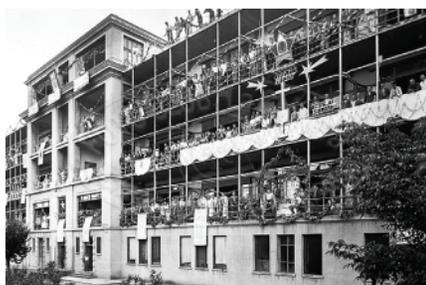
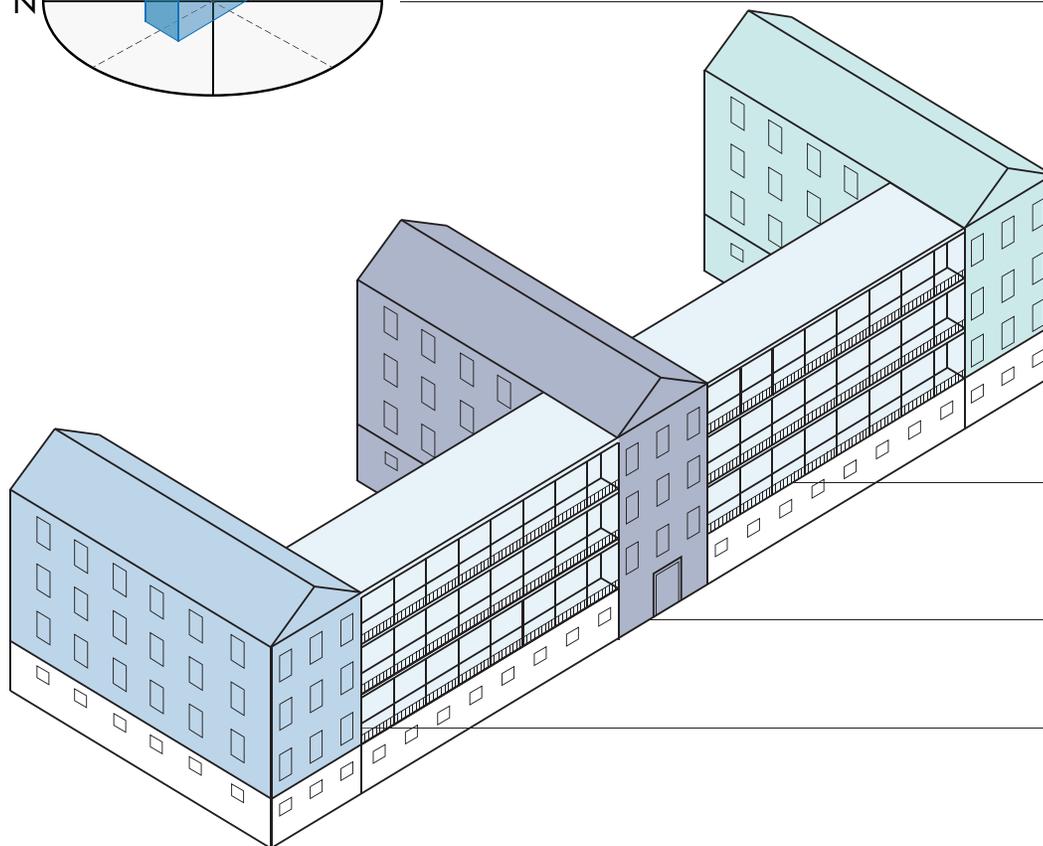


Amministrazione

Reparti di degenza

Servizi comuni

Reparto contumaciale e diagnosi



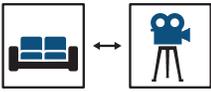
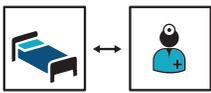
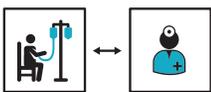
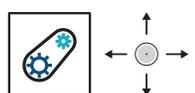
LA DISTRIBUZIONE

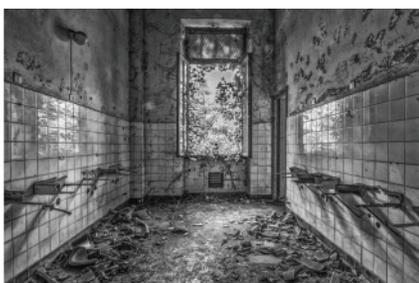
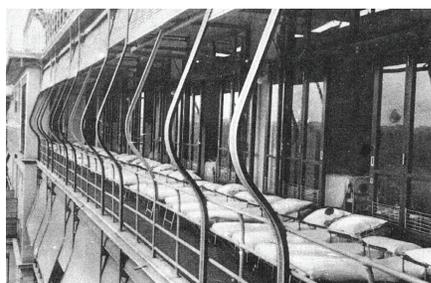
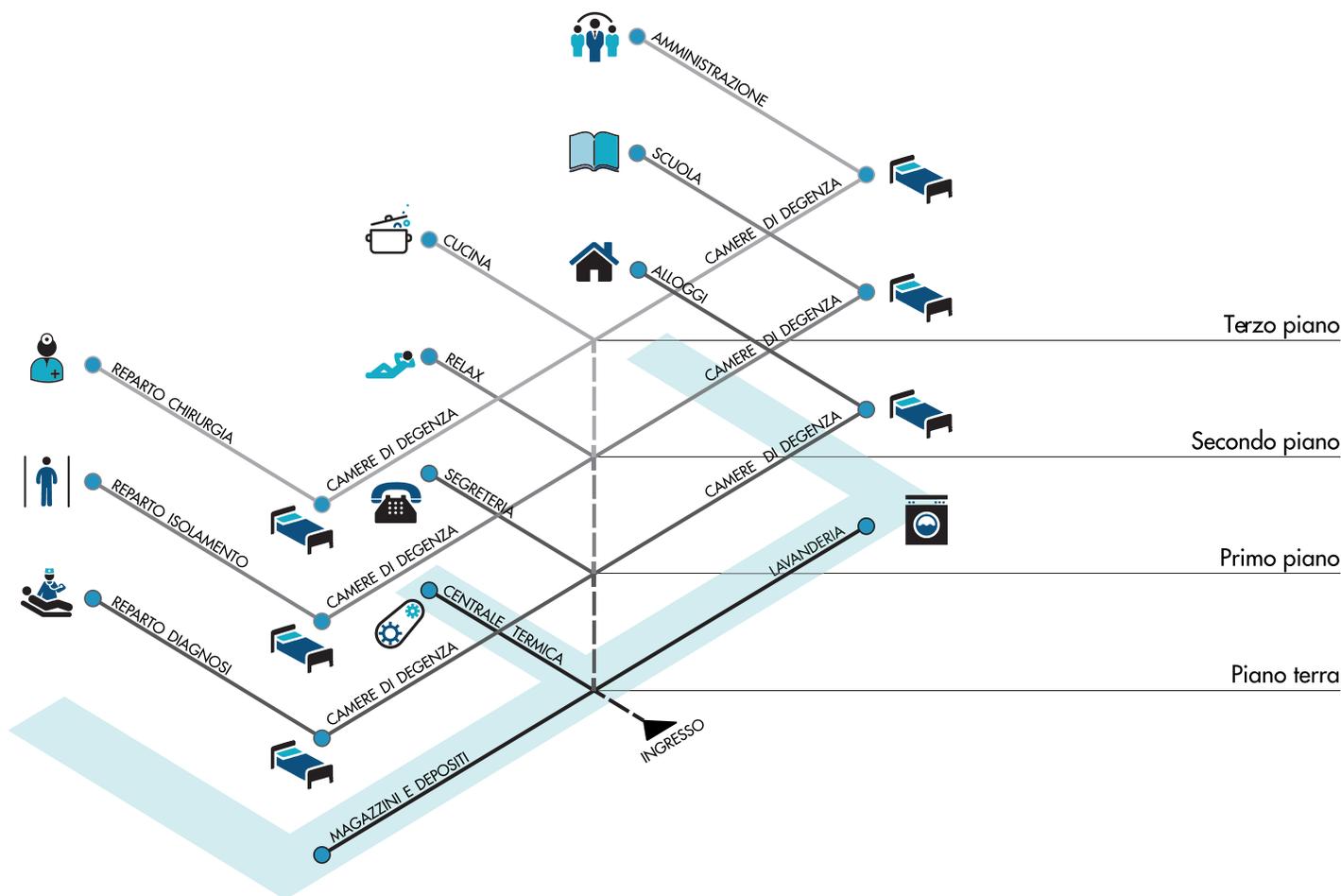
LA DISTRIBUZIONE DELLE FUNZIONI

Un aspetto fondamentale nella redazione del progetto è rappresentato dall'organizzazione delle circolazioni che devono essere rigorosamente coordinate e suddivise tra circolazione degenti, visitatori, fornitori, pubblico, personale sanitario, medici, suore, viveri, biancheria. In questo modo viene potenziata l'efficienza e la capacità di lavoro del personale.

La generica circolazione degenti doveva essere suddivisa in arrivo, accettazione, contumacia, diagnosi, cura, degenza normale, docce, soggiorni, refettori, spettacoli, uscita al aprco, funzioni religiose, scuole, isolamento.

REGOLE PROGETTUALI

Codice	Caratteristica	Rappresentazione grafica
DS_01	I refettori e i soggiorni devono essere esposti a sud e vicino a questi deve essere collocata la sala spettacoli.	
DS_02	La camera di degenza del reparto chirurgico deve essere collocata in prossimità della sala operatoria.	
DS_03	Il reparto operatorio deve essere posto in collegamento diretto con il reparto chirurgico.	
DS_04	Il reparto diagnostico-curativo deve essere composto da sale per l'attesa, la visita, i raggi con camera oscura, per l'aerosolterapia e dei laboratori di analisi.	
DS_05	La cucina deve essere collocata nei livelli superiori per limitare la diffusione di fumi ed odori.	
DS_06	La cucina deve essere suddivisa nelle seguenti sezioni: lavaggio, preparazione, cottura su piastre e cottura su pentola.	
DS_07	La centrale termica deve essere posta in posizione baricentrica e deve essere costituita da caldaie a vapore con combustione a nafta.	
DS_08	Ascensori di forte velocità e portata devono essere contigui alle scale principali e secondarie, e devono essere presenti montacarichi per il trasporto dei vari materiali.	

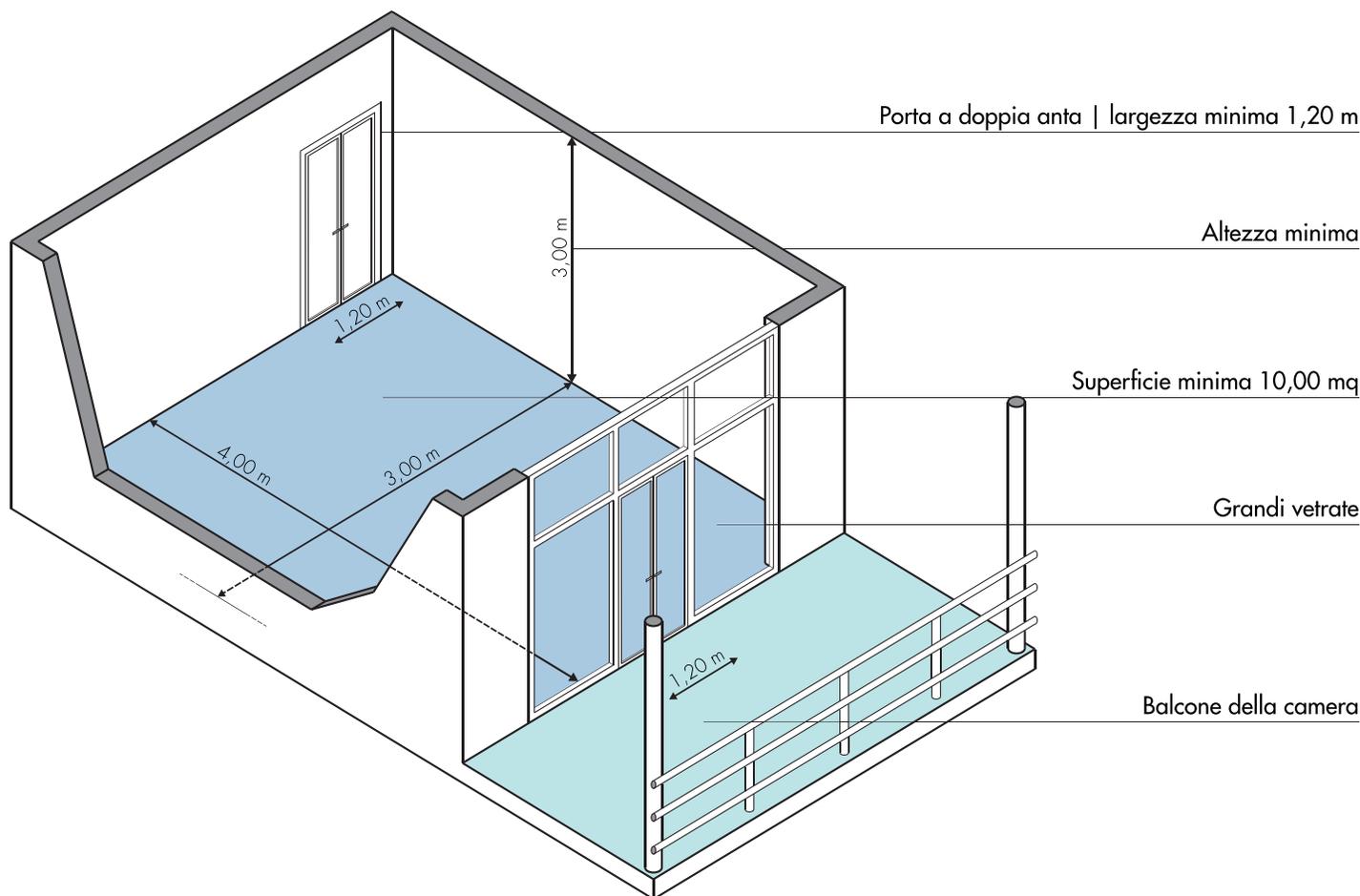


LA CAMERA DI DEGENZA

La camera per i degenti rappresenta per tutti gli istituti la cellula elementare dell'ospedale. Nei sanatori moderni si possono trovare camere da due o da sei posti letto. la camera viene utilizzata dal degente per lunghi mesi, non solo come camera da letto ma anche come stanza di soggiorno e ambiente di lavoro. Il passaggio alla vita normale è una tappa fondamentale del piano terapeutico (la guarigione non è completa senza la riabilitazione dell'individuo), ne consegue la necessità che la camera di degenza sia sufficientemente grande e l'arredamento piacevole.

REGOLE PROGETTUALI

CODICE	CARATTERISTICA	RAPPRESENTAZIONE GRAFICA
UB_01	Le camere di degenza sono disposte su un' unica fila orientata a sud-est senza edifici nelle vicinanze.	
UB_02	La camera di degenza deve avere una superficie minima di 10 mq e un' altezza minima di 3 m per rispondere ai requisiti di illuminazione e aerazione.	
UB_03	La larghezza delle porte deve essere minimo 1,20 m per permettere il passaggio dei letti a rotelle e deve essere a doppia anta per limitare le correnti d'aria.	
UB_04	Ogni stanza deve essere dotata di armadi a muro e nicchie con lavabi .	
UB_05	La camera deve avere un balcone con delle sedie a sdraio . Il balcone deve consentire il passaggio del personale sanitario per i giri di visita.	
UB_06	La cucina deve avere pareti rivestite per oltre la metà dell'altezza con materiale smaltato liscio, raccordato a guscio con il pavimento di grès a superficie bulinata antisdrucciolo.	
UB_07	La biancheria, dopo il reparto di cernita , di macero , e una parete disinfettata , arriva alla lavanderia . L'asciugatura avviene tramite idroestrattori ed essiccatori a vapore.	
UB_08	La fognatura deve essere progettata con il sistema della completa separazione delle acque pluviali, delle acque nere e delle acque grigie.	



LA SCELTA DEL LUOGO

La città

Sono presenti alcuni elementi a Gorizia che l'hanno sempre caratterizzata e contraddistinta come città di confine. Abitata da quattro diverse componenti linguistico-culturali, si è sempre distinta come punto di incontro e comunicazione fra tre regioni socialmente ed etnicamente differenti e ha svolto un ruolo d'intermediazione fra il mondo asburgico, slavo e italiano. La sua posizione confinaria, inoltre, l'ha portata ad essere zona di guerra e di passaggio del fronte nei principali conflitti del XX secolo; i quali ne hanno influenzato l'aspetto e la conformazione. La forma e l'immagine odierna, infatti, sono frutto di un complesso sovrapporsi di idee, programmi, progetti e azioni che nel corso del tempo hanno operato sullo spazio fisico e sociale.

L'espansione

Episodi come la nascita di un polo industriale sul fiume Isonzo negli anni 40 dell'800 e la costruzione delle due stazioni (quella meridionale nel 1860 e quella settentrionale nel 1906), hanno portato per la città un periodo di espansione urbana e la redazione di Piani Regolatori da parte di architetti come Antonio Lasciac e Max Fabiani.

Altri fatti, invece, come i due conflitti mondiali e il tracciamento del nuovo confine, che separava il centro urbano a prevalenza italiana dai sobborghi sloveni, impedirono e bloccarono la crescita della città verso nord e verso est. Vengono disegnati nuovi piani quindi, come quello di Luigi Piccinato che non prendeva in considerazione l'area oltre confine e il piano per la costruzione di Nova Gorica di Edvard Ravnikar.

Gli ospedali

Durante tutta la sua storia, dal 1300 ad oggi, gli edifici ospedalieri di Gorizia subiscono continue aperture, demolizioni e distruzioni a causa delle guerre e trasferimenti in aree della città più consone. Inizialmente saranno presenti il "Pio ospedale delle donne" del 1647, e l'ospedale "per gli infermi e i piagati" del 1656 gestito dai Fatebenefratelli. Il primo verrà chiuso nel 1777 e riaperto successivamente nel 1847 e affidato alla gestione delle suore della Carità. Seguono la costruzione della città sanitaria vicino al paese di San Pietro costituita dall'ospedale psichiatrico provinciale, dall'ospedale sanatoriale e dall'ospedale civile trasferito, quest'ultimo, all'ospedale "San Giovanni di Dio" vicino alla stazione Centrale.

LO SVILUPPO DELL'AREA

ANALISI DELL'AREA DI PROGETTO ALL'INTERNO DEI PRINCIPALI PIANI REGOLATORI DELLA CITTÀ

ANTONIO LASCIAC

1 Il Piano Regolatore Generale della città viene realizzato da Lasciac con una grande cura per i dettagli:
 9 definisce architettonicamente gli edifici e prende in considerazione il trasporto urbano. Prevede due zone di
 0 espansione: una a nord e una a sud. Per l'area in cui sorge l'ospedale psichiatrico si limita a collegarla al
 5 centro città attraverso un sistema di strade che va a definire una possibile, futura, zona di espansione ma non
 specifica le caratteristiche degli edifici.



LEGENDA

■ Area sulla quale
 verrà costruito il
 sanatorio

Fig. 01 - Fig. 02: 1905 | Piano
 Regolatore della città di Gorizia,
 A. Lasciac | Archivio dell'Ufficio
 Tecnico del Comune di Gorizia.

MAX FABIANI

1 Il Piano Regolatore Generale della città, disegnato da Max Fabiani in collaborazione con Del Neri, prevede il
 9 diradamento degli edifici del centro storico e la costruzione di nuove arterie viarie.
 2 Prevede, inoltre, la realizzazione di un grande edificio sul lotto in cui sorgeva la scuola agraria e dove ora è
 1 edificato l'ex Sanatorio. Dalla planimetria si possono notare altri edifici satellite posti all'interno di un parco e la
 realizzazione di una piazza sulla via San Pietro, attuale via Vittorio Veneto.



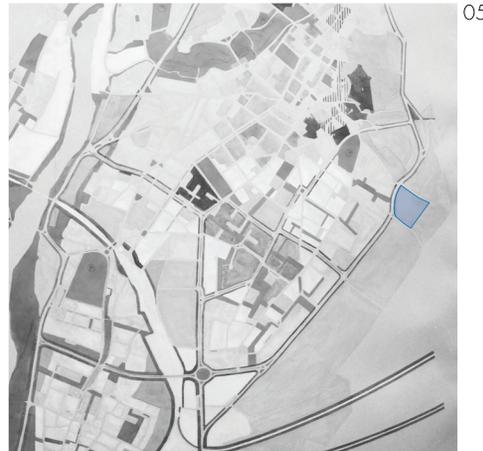
LEGENDA

■ Area sulla quale
 verrà costruito il
 sanatorio

Fig. 03 - Fig. 04: 1918 | Piano
 Regolatore della città di Gorizia,
 M. Fabiani, L. Braidotti, R. Del
 Neri, G. Brama, G. Bombig |
 Archivio dell'Ufficio Tecnico del
 Comune di Gorizia.

LUIGI PICCINATO

1
9
6
6 Luigi Piccinato, disegna un Piano Regolatore Generale che non prevede nessuna forma d'interazione con la città di Nova Gorica. Prevede la costruzione di una grande tangenziale che sarebbe dovuta correre tutta attorno alla città costeggiando a ovest l'Isonzo e a est il confine. Questo grande asse viario passa tangente al lotto sul quale sorge il sanatorio escludendolo dal resto della città e impedendo qualsiasi forma di reale espansione o apertura verso nord-est.



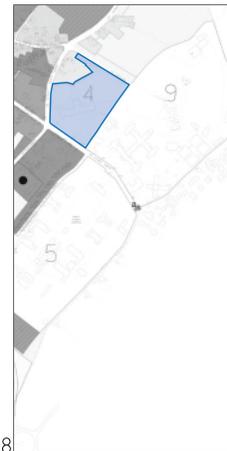
LEGENDA

■ Area sulla quale verrà costruito il sanatorio

Fig. 05 - Fig. 06: 1966 | Piano Regolatore della città di Gorizia, L. Piccinato | Archivio dell'Ufficio Tecnico del Comune di Gorizia.

GREGOTTI - CAGNARDI

2
0
0
1 Il Piano Regolatore di Gregotti e Cagnardi, invece, prende in considerazione una prospettiva europea per la città. Per contrastare l'eccessivo sviluppo verso sud si prevedono degli interventi a nord e a est. Nell'area dell'ex ospedale è prevista una zona dedicata ad attività di servizio a larga scala: Università, ricerca scientifica, imprese ed istituzioni pubbliche e private. La zona prevede una riqualificazione che comprende tutti gli ambiti della vita sociale e tutte le funzioni di una città.



LEGENDA

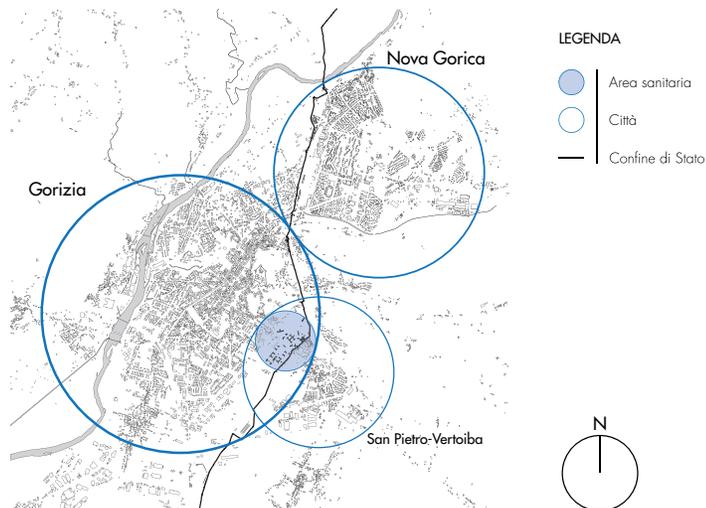
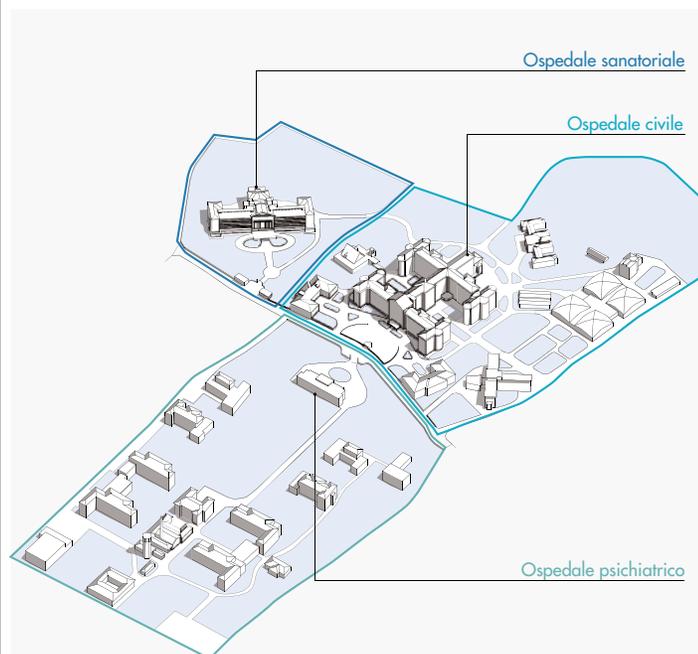
■ Area sulla quale verrà costruito il sanatorio

Fig. 07 - Fig. 08: 2001 | Piano Regolatore della città di Gorizia, Gregotti, Cagnardi | Archivio dell'Ufficio Tecnico del Comune di Gorizia.

LO SVILUPPO DELL'AREA

FASI DI COSTRUZIONE DEGLI OSPEDALI DI VIA VITTORIO VENETO DAL 1900 AD OGGI

INQUADRAMENTO

VISTA ASSONOMETRICA
DEI TRE OSPEDALI

2018 | Riproduzione in vista assonometrica dell'area di progetto e dello stato di fatto.

OSPEDALE PSICHIATRICO FRANCESCO GIUSEPPE I

Il 16 febbraio 1911, in via di San Pietro – l'odierna via Vittorio Veneto – viene inaugurato il manicomio provinciale Francesco Giuseppe I, con ampi padiglioni separati da spazi verdi. La Prima Guerra mondiale interrompe l'attività del manicomio, che viene distrutto nel 1916 per poi essere ricostruito dallo Stato italiano nel 1933.

Dati

Ubicazione Via Vittorio Veneto, Gorizia (GO)
Progettista Ingegnere A. Glessig | Architetto L. Braidotti
Anno 1911 | Ricostruito e inaugurato nel 1933

Area
Superficie 104.965,00 mq
Perimetro 1.302,00 m

Edificio
Superficie coperta 15.798,00 mq
Volume 107.913,00 mc



1907 | Planimetria della città di Gorizia, foglio n. 6
Archivio dell'Ufficio Tecnico del Comune di Gorizia



Rappresentazione planimetrica dell'ospedale psichiatrico

OSPEDALE SANATORIALE EMANUELE FILIBERTO DI SAVOIA

Il 4 giugno 1933, Sua Altezza Reale Amedeo d'Aosta inaugura il Sanatorio di Via Vittorio Veneto, intitolato ad Emanuele Filiberto di Savoia Duca d'Aosta e progettato dall'ingegnere romano Antonio Fivoli. L'edificio è un esempio di istituto, studiato sia come struttura sia per l'ubicazione, per combattere una delle piaghe più minacciose dell'epoca.

Dati

Ubicazione Via Vittorio Veneto, Gorizia (GO)
Progettista Ingegnere A. Fivoli
Anno 1933

Area
Superficie 38.790,00 mq
Perimetro 896,00 m

Edificio
Superficie coperta 3.340,00 mq
Volume 41.000,00 mc



Planimetria della città di Gorizia, foglio n. 23
Archivio dell'Ufficio Tecnico del Comune di Gorizia



Rappresentazione planimetrica dell'ospedale sanatoriale

OSPEDALE CIVILE VITTORIO EMANUELE III

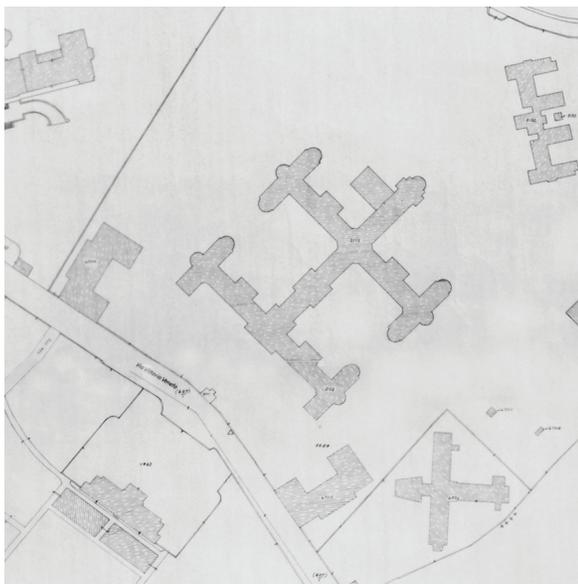
La costruzione del nuovo ospedale Vittorio Emanuele III inizia negli stessi anni Trenta. La costruzione procede lentamente: si arresta durante il secondo conflitto mondiale e riprende nel 1947, per essere ultimata nel 1957. A progettare l'edificio è l'ingegnere Antonio Fivoli, lo stesso che realizzò il vicino tubercolosario.

Dati

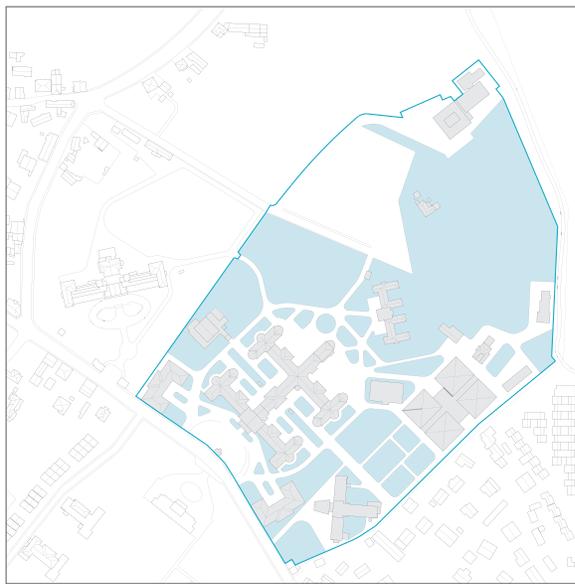
Ubicazione Via Vittorio Veneto, Gorizia (GO)
Progettista Ingegnere A. Fivoli
Anno 1957

Area
Superficie 132.131,00 mq
Perimetro 1.483,00 m

Edificio
Superficie coperta 20.248,00 mq
Volume 190.174,00 mc



1962 | Planimetria di Gorizia, foglio n. 23
Archivio dell'Ufficio Tecnico del Comune di Gorizia



Rappresentazione planimetrica dell'ospedale civile

OSPEDALE PSICHIATRICO



OSPEDALE SANATORIALE



OSPEDALE CIVILE





ANALISI URBANISTICA

LE DUE GORIZIE

IL CONFINE

Gorizia è un comune italiano di 34.610 abitanti, capoluogo dell'omonima provincia del Friuli Venezia Giulia. Nova Gorica (letteralmente "Nuova Gorizia") è una città della Slovenia occidentale di 31.992 abitanti, capoluogo del Comune città di Nova Gorica. Questa città, posta a ridosso del confine tra Italia e Slovenia, è la controparte slovena di Gorizia. Dal 2004 il confine che ha diviso in due il territorio per circa mezzo secolo e che ha fatto crescere Gorizia e Nova Gorica in modo diverso, morfologicamente ed economicamente, scompare, la Slovenia entra a far parte dell'Unione Europea e dell'area di sicurezza definita dagli accordi di Schengen e i due capoluoghi di provincia si trasformano in un'unica grande città.

IL TERRITORIO

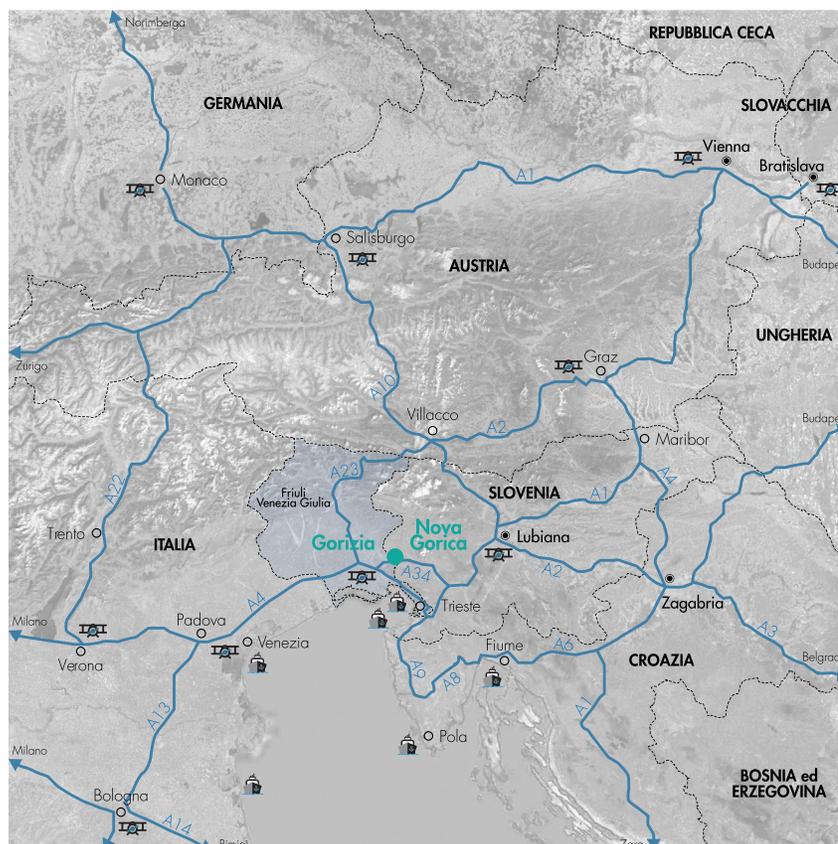
Per la sua posizione e per la sua storia, questo luogo è uno dei punti di congiunzione fra il mondo latino, slavo e germanico e, trovandosi alla confluenza delle due naturali vie di comunicazione tra oriente e occidente, le Valli dell'Isonzo e del Vipacco, è diventato un importante luogo di transito.

Gorizia e Nova Gorica sono bagnate dal fiume Isonzo e si affacciano sulla pianura Isontina circondata dalle colline del Collio. Il territorio è riparato a nord dai monti e non risente dei freddi venti settentrionali ma, trovandosi quasi allo sbocco dei valichi prealpini e carsici, è soggetto alla bora che soffia da est; la quale, però, incontra prima di Gorizia l'ostacolo delle colline a est della città, che ne mitigano sensibilmente la furia. Il clima di Gorizia, relativamente temperato, è tuttavia influenzato dai venti freschi e umidi provenienti da sud-ovest, che penetrano nella pianura isontina verso cui si apre la città.

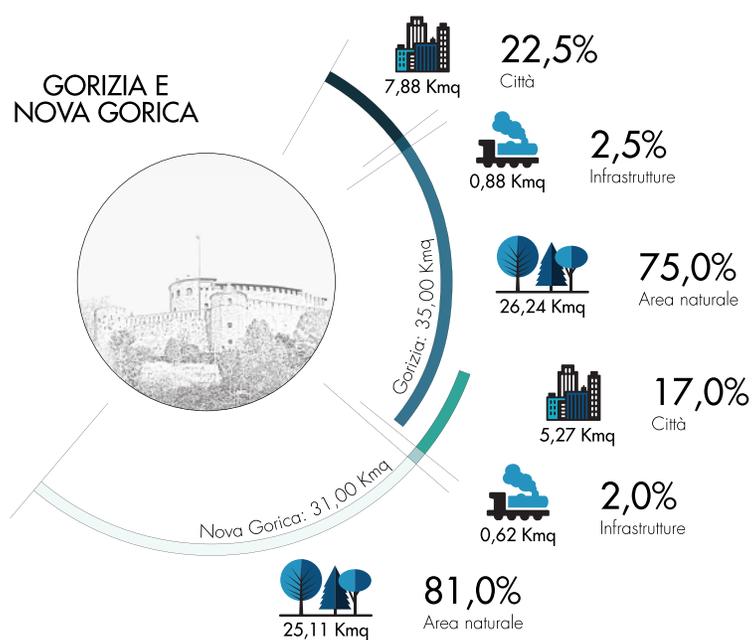
Gorizia, già definita la Nizza austriaca, colpisce per l'abbondante quantità di verde che non solo la circonda, ma la compenetra. Vi sono numerosi parchi e giardini pubblici all'interno della città ma anche spazi verdi restati allo stato naturale e appezzamenti di terreno a destinazione agricola.

Dati dimensionali delle due città: superficie | abitanti | densità

	GORIZIA	NOVA GORICA	LE DUE CITTÀ
	41,26 Km ²	279,00 Km ²	320,26 Km ²
	34.610 abitanti	31.992 abitanti	66.602 abitanti
	838,83 ab./Km ²	114,67 ab./Km ²	476,75 ab./Km ²



Suddivisione dell'area metropolitana delle due città



LE AREE NATURALI

LA CITTÀ

Una caratteristica di Gorizia e di Nova Gorica è la superficie dedicata alle aree naturali. Esse non solo circoscrivono il perimetro delle due città ma si inseriscono all'interno del tessuto urbano prendendo la forma di giardini, parchi e viali alberati. Esempi sono il parco della Rimembranza e il parco del Municipio ma vi sono anche spazi verdi rimasti allo stato naturale: come il Parco del Castello e la Valletta del Corno. Lungo l'Isonzo si snodano aree di notevole valore paesaggistico: il parco di Piroma-Isonzo, costituito da una parte fluviale e una collinare boscosa, e quello della Campagnuzza, che presenta un ambiente di bosco golenale. Tra le superfici non protette, vi è il primo tratto del fiume Isonzo, incassato in una gola da cui sgorgano acque sorgive e l'ultimo tratto con una vasta distesa di pioppi e salici. Ulteriori complessi boschivi sono quelli del monte Calvario, la zona del monte Sabotino, i boschi del monte San Marco e il bosco del Panovez. Tra queste aree e la città si interpongono superfici agricole che si estendono fino a raggiungere il Collio.

L'AREA DI PROGETTO

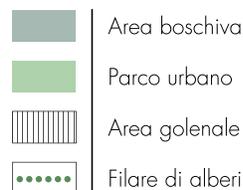
L'area di progetto presenta al suo interno grandi superfici dedicate a verde. Tra le strutture che componevano l'ospedale psichiatrico è collocato il Parco Basaglia all'interno del quale nel 1908-1909, prima dell'inaugurazione del manicomio, sono state piantate numerose essenze arboree senza seguire uno schema preciso. Anche l'ospedale sanatoriale è circondato su ogni lato da un parco: realizzato successivamente la sua inaugurazione, il parco è costituito da alberature piantumate sia per scopo ornamentale, sia con l'intento di realizzare ampie macchie verdi. A nord e a sud l'interna area confina con piccole zone agricole e a livello cittadino il verde presente al suo interno, assieme al parco dell'ex seminario e a quello del castello forma una continuità naturale che congiunge il colle del Rafut con il monte San Marco.



LEGENDA



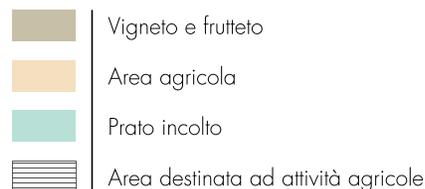
AREE NATURALI PUBBLICHE



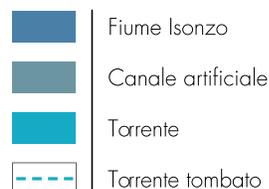
AREE NATURALI PRIVATE



AREE COLTIVATE



SISTEMA FLUVIALE



CAVE E MINIERE



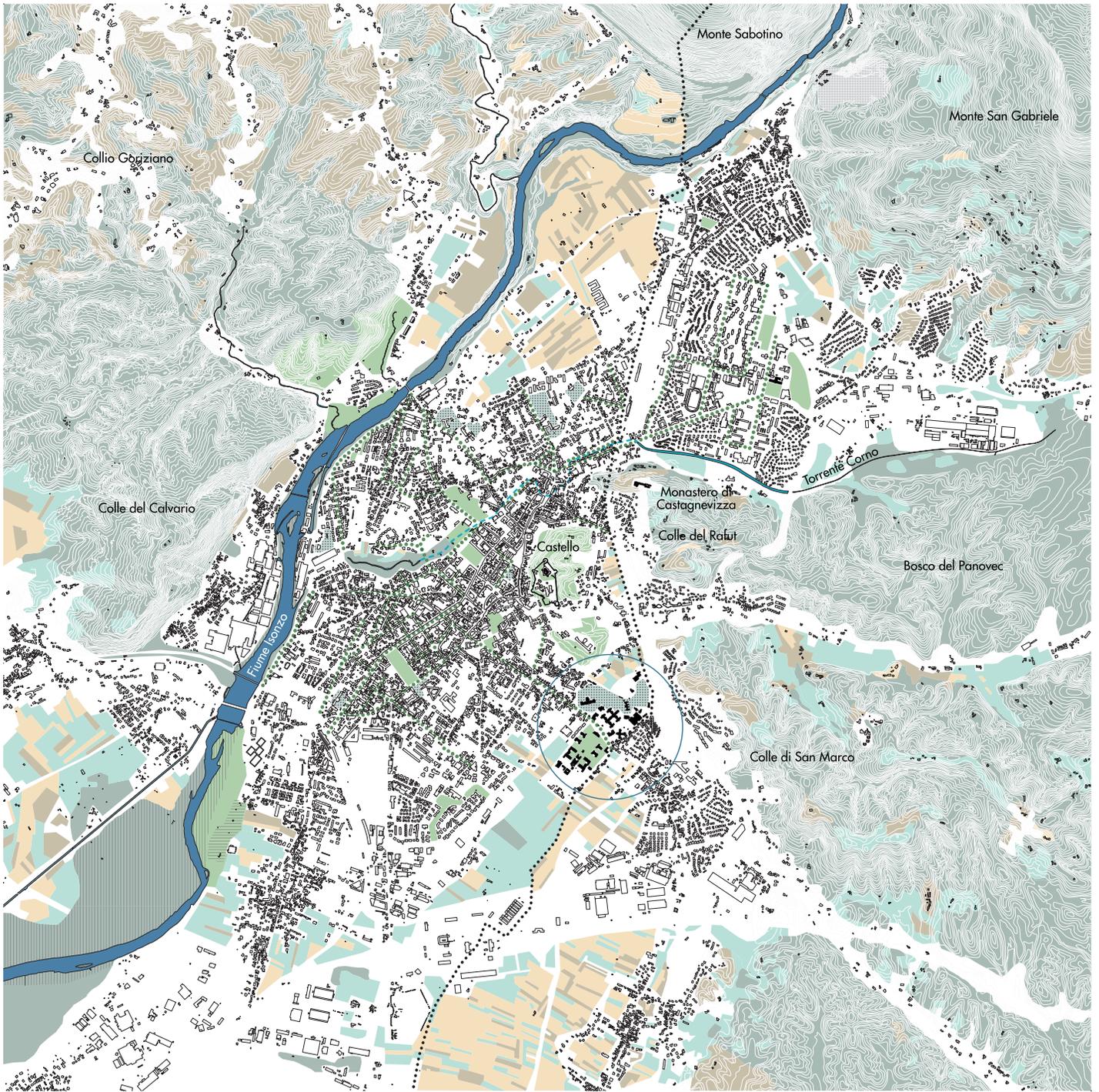
CARATTERISTICHE DELL'AREA

L'area di progetto presenta una superficie naturale pubblica di 68.000 mq

L'area di progetto presenta una superficie naturale privata di 105.000 mq

L'area di progetto a nord e a sud confina con piccole zone agricole





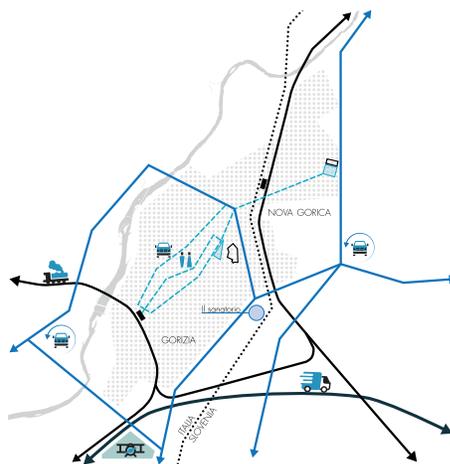
LE INFRASTRUTTURE

LA CITTÀ

La città di Gorizia e di Nova Gorica hanno un sistema infrastrutturale articolato che è stato influenzato dalla storia del territorio, dalle espansioni delle due città e dalla presenza del confine di stato. I principali ingressi alle città avvengono da sud per chi viene da Trieste e Monfalcone, da est per chi arriva da Lubiana, da ovest per chi viene da Udine e da nord per chi arriva da Bovec. Alle due città corrispondono due linee ferroviarie (quella italiana con treni regionali di Trenitalia e quella slovena servita dalla compagnia Slovenske železnice) collegate a sud da un unico binario e, parallela a questo, la linea autostradale A34 che da Villesse arriva vicino a Postumia. Tangente all'autostrada è presente poi l'aeroporto Amedeo Duca d'Aosta gestito dall'azienda Pipistrel. Gorizia, oltre ad avere alcune strade esterne che velocizzano i collegamenti da sud a nord, è costruita su tre assi stradali carrabili che ne delimitano il centro e lo collegano alla città di Nova Gorica la quale, invece, è costruita su una griglia di ampi viali alberati.

L'AREA DI PROGETTO

L'area di progetto si trova a sud-est della città di Gorizia, vicino al confine di stato che la separa dal comune sloveno di San Pietro-Vertoiba. L'area è collocata sull'incrocio di due assi principali della città. Il primo è costituito dalla via Terza Armata, uno degli assi esterni al centro che dallo svincolo autostradale e dalla fine della strada statale 55 prosegue verso nord fino a raggiungere in valico di Casa Rossa e il punto esatto in cui le due città si incontrano; l'altro è costituito dalla via Vittorio Veneto che dal confine di San Pietro prosegue verso il centro della città di Gorizia attraversandolo. Dal punto di vista infrastrutturale, l'area si trova in una zona strategica: le strade presenti infatti, permettono un comodo e veloce collegamento con ogni parte delle due città e con le aree esterne a queste. Per questo motivo, però, risulta essere un'area di transito più che di sosta.



CARATTERISTICHE DELL'AREA

L'area di progetto è una zona di attraversamento più che di sosta



L'area di progetto è servita dai mezzi pubblici costituiti da autobus



L'area di progetto presenta piazze, percorsi e viali pedonali



LEGENDA



SISTEMA FERROVIARIO



SISTEMA STRADALE

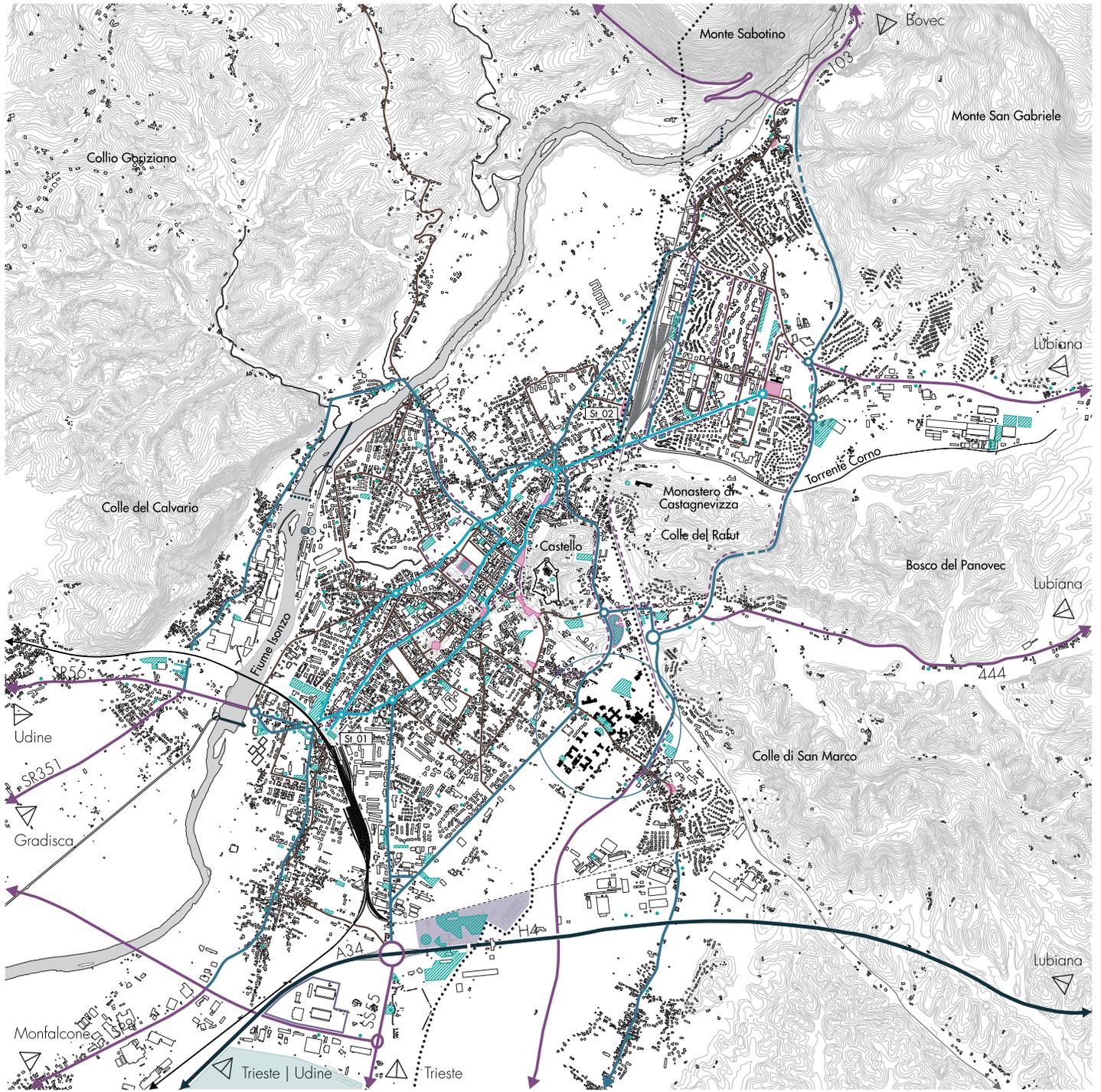


SISTEMA AEROPORTUALE



SISTEMA FLUVIALE





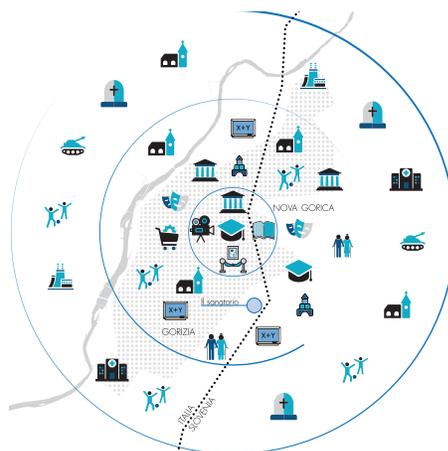
LE FUNZIONI E I SERVIZI

LA CITTÀ

Successivamente la caduta del confine e l'entrata in Unione Europea della Slovenia, Gorizia e Nova Gorica sono diventate un'unica città con numerosi servizi dislocati dentro e fuori il tessuto urbano. Troviamo quindi due nuclei principali con funzioni simili. Dentro il centro città vengono ospitati, oltre alle sedi e agli uffici amministrativi, anche musei, teatri, cinema, biblioteche, università e i principali luoghi di culto. Subito fuori dal centro ma sempre all'interno del tessuto urbano sorgono invece le chiese dei vari rioni e borghi, il mercato coperto, le aree sportive, le scuole e gli asili, i centri di assistenza per anziani e i centri sociali per l'incontro delle persone e della comunità. All'esterno, quindi a una distanza di due - tre chilometri, trovano posto gli ospedali civili, i campi sportivi, le aree militari e di confine, i cimiteri e i principali impianti tecnologici per la produzione di energia elettrica e la depurazione delle acque reflue. Due città con tre fasce di servizi ciascuna che devono imparare a dialogare e cooperare assieme.

L'AREA DI PROGETTO

Attualmente l'area di progetto è costituita da edifici al cui interno non è presente più alcuna funzione. Sono quindi fabbricati dismessi di grandi dimensioni aventi ampie potenzialità di ospitare servizi e funzioni diverse fra loro. Come già ripetuto l'area sorge vicino al confine, in territorio italiano, e quindi si trova nella zona di contatto, di incontro, delle due città con la possibilità, di conseguenza, di poter sfruttare i servizi di entrambi i due centri e delle funzioni che mettono a disposizione. Non si tratta di una zona baricentrica comunque ma periferica, caratteristica per la quale venne scelta per la costruzione dell'ospedale sanatoriale e dell'ospedale psichiatrico e che, a causa dell'erezione del confine nel 1947, al contrario di altre strutture anti-tubercolari italiane, mantiene ancora oggi.



LEGENDA



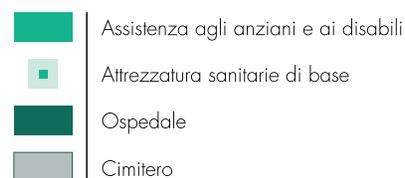
FEDE | SOCIETÀ | CULTURA



ISTRUZIONE



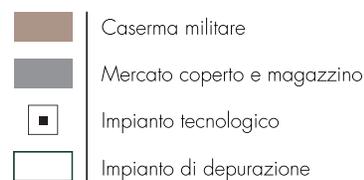
SANITÀ



SPORT



ALTRE FUNZIONI DI INTERESSE PUBBLICO



CARATTERISTICHE DELL'AREA

L'area di progetto presenta edifici che non ospitano più alcuna funzione

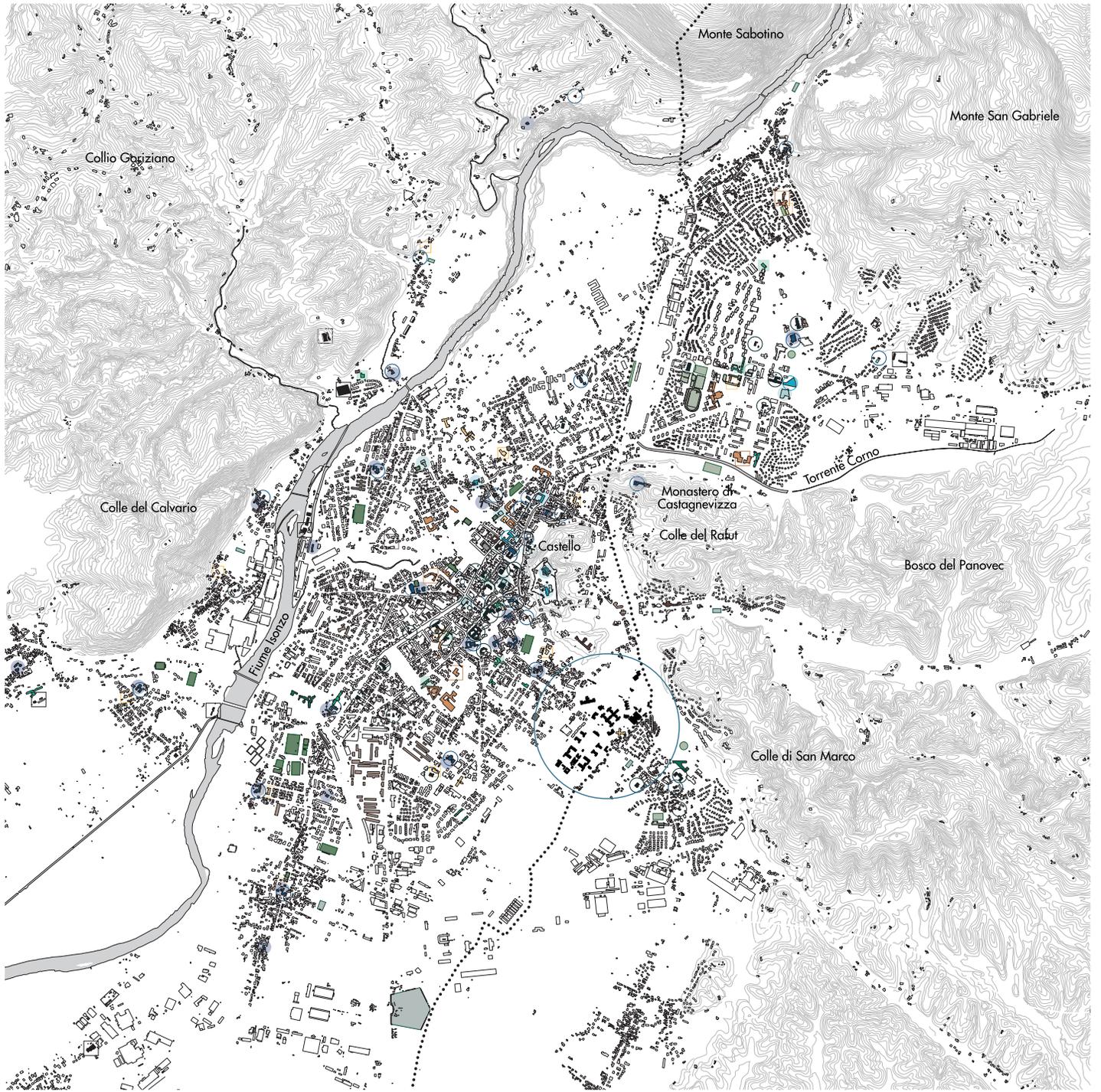


L'area di progetto è a breve distanza dai principali servizi



L'area di progetto può, al suo interno, ospitare funzioni diverse





LO SPAZIO PUBBLICO

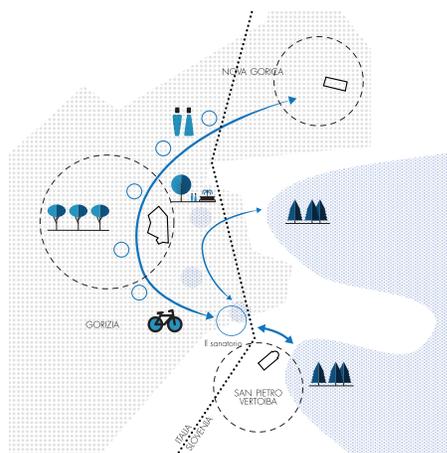
LA CITTÀ

Lo spazio pubblico della città è costituito da piazze, vie pedonali e carrabili con lunghi viali alberati, parchi e colli urbani. Le aree naturali di grandi dimensioni come ad esempio i boschi e i colli urbani si trovano sul confine tra il centro urbano della città e la sua periferia definendone il perimetro. Il verde urbano della città è costituito dai giardini storici, dai parchi delle ville storiche e dai parchi urbani lungo le sponde del fiume Isonzo o lungo il corso dei vari torrenti e ruscelli. Tutti questi sono dislocati all'interno della città come episodi puntuali. Questi frammenti di aree verdi all'interno del tessuto della città sono collegati fra loro, dove è stato possibile farlo, attraverso un sistema di filari alberati lungo le strade.

All'interno della città si trovano anche numerose piazze ma solo tre di queste sono utilizzate quotidianamente dalle persone come luogo di incontro e di svago. Le altre piazze pubbliche presenti all'interno della città sono utilizzate come aree parcheggio e occasionalmente sfruttate per ospitare eventi.

L'AREA DI PROGETTO

Attualmente l'area di progetto si trova in una posizione, rispetto al centro della città, periferica; collocata lungo il confine e abbandonata dopo la dismissione delle strutture ospedaliere. Essa risulta un vuoto all'interno del tessuto urbano che separa completamente il centro di San Pietro - Vertoiba con Gorizia e Nova Gorica. Quest'area per le sue caratteristiche, è di fondamentale importanza per ricucire il tessuto urbano delle tre città. Attraverso l'utilizzo del verde pubblico, di nuove piste ciclabili e delle nuove funzioni che possono essere ospitate all'interno degli edifici dismessi, si può creare un nuovo polo non più periferico ma centrale che unisca nuovamente i tre nuclei urbani. Alcuni elementi sono già presenti come già detto ma discontinui come le piste ciclabili, i filari alberati e i parchi della città.



LEGENDA



AREE NATURALI PUBBLICHE



SISTEMA FLUVIALE



SISTEMA STRADALE



CARATTERISTICHE DELL'AREA

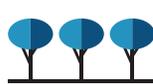
Le aree boschive si trovano a coronamento della città



Il verde urbano è costituito dai giardini e parchi storici

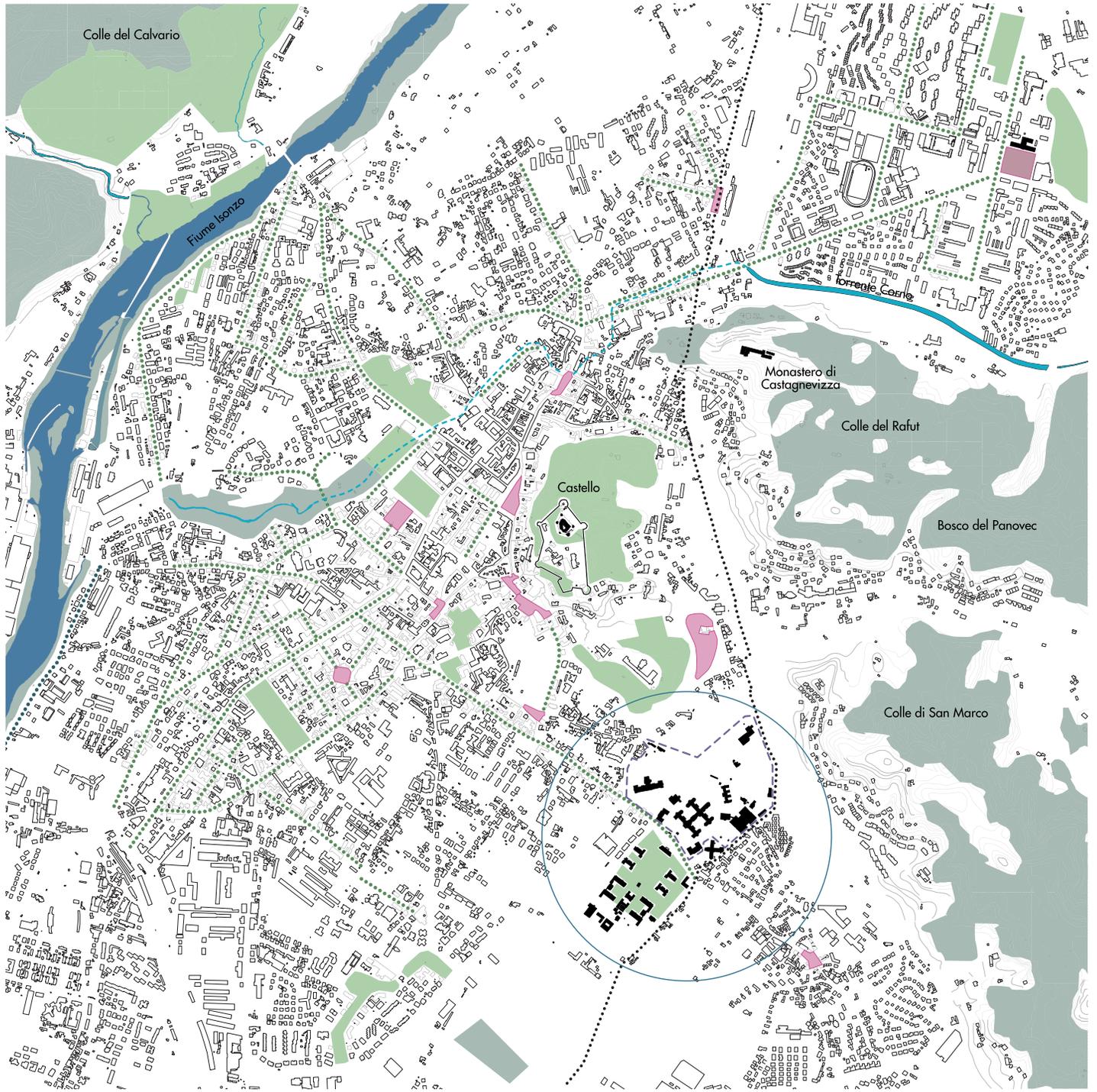


I filari alberati collegano i vari parchi



Alcune piazze sono pedonali, altre sono parcheggi





IL PIANO REGOLATORE GENERALE COMUNALE | AZZONAMENTO

Il lotto su cui è costruito l'ex ospedale sanatoriale, così come quello dell'ex ospedale psichiatrico e dell'ex ospedale civile, rientra, secondo il Piano Regolatore Generale Comunale della città, nella zona di trasformazione strategica. Questa è definita come zona sia libera che edificata in cui realizzare interventi di radicale riassetto fisico e funzionale finalizzati alla creazione di nuove attività economiche e residenziali.

Nell'immediato intorno dei tre ospedali si trovano aree residenziali con diverse tipologie edilizie fra le quali sono presenti i principali servizi della città come luoghi per il culto, la vita associativa e l'istruzione, attrezzature tecnologiche, parcheggi e attrezzature per l'assistenza sanitaria. Sono inoltre presenti, sia in territorio italiano, sia in quello sloveno, ambiti di interesse agricolo.

IL PIANO REGOLATORE GENERALE COMUNALE | IL PATRIMONIO DELLA CITTÀ

Gli interventi sugli edifici esistenti si attuano con modalità rapportate alla qualità e alla tutela espresse dal piano nei confronti dei singoli edifici. Questi sono stati riconosciuti, studiati e classificati come appartenenti a gruppi con differenti caratteristiche. I fabbricati appartenenti al gruppo 3 come l'ex ospedale psichiatrico, sono edifici che, sia pure dotati di una certa qualità intrinseca, vengono tutelati in ragione del contributo che forniscono nella costruzione dell'immagine urbana. Gli edifici appartenenti al gruppo 4 invece, come l'ex ospedale sanatoriale, sono privi di valori intrinseci particolari, ma che, per conformazione volumetrica, allineamento verso spazio pubblico, composizione delle facciate, materiali impiegati, modalità costruttive, rivestono comunque un ruolo nella caratterizzazione della città.

IL PIANO REGOLATORE GENERALE COMUNALE | VINCOLI E FASCE DI RISPETTO

Secondo la carta dei Vincoli e Fasce di Rispetto del Piano Regolatore, l'ex ospedale psichiatrico rientra all'interno delle aree ed immobili con vincolo diretto.

Lungo il confine del lotto dell'ex ospedale civile corre il Ruscello Vertojbica che prevede una fascia di rispetto di 150 m dalle sue sponde.

Il D.lgs. 50/2016, entrato in vigore il 16 aprile 2016, ha abrogato l'articolo 4 del Decreto Sviluppo (DL 70/2011) riportando in questo modo a 50 anni la soglia per considerare vincolato un bene immobile pubblico. Sull'edificio che ha ospitato l'ospedale sanatoriale grava così una presunzione di vincolo culturale.



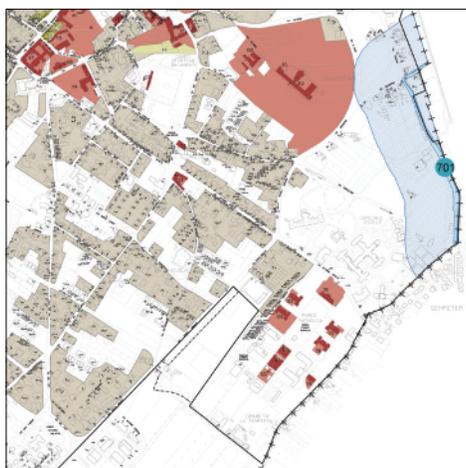
- Zone omogenee B**
- B2: città austriaca
 - B3: edilizia in linea
 - B6: nuclei antichi dei borghi
 - B8: residenziale a ville
 - B9: residenziale a blocco
 - B10: residenziale dei borghi
- Zone omogenee C**
- C.1: ambiti residenziali interni
- Zone omogenee D**
- D.2.2A: zona artigianale
- Zone omogenee E**
- E.6: ambiti di interesse agricolo
- Zone omogenee H e zone miste**
- H2.3: aree per il commercio
 - H2.4: attività di servizio
 - Zona HC
- Zone di trasformazione strategica**
- Ambito di trasformazione
- Zone omogenee o servizi e per la viabilità**
- Servizi esistenti
 - Verde di quartiere esistente

Piano Regolatore Generale Comunale della città di Gorizia
 Progetto: Gregotti Associati Studio
 Azzonamento - Foglio 20



- Gruppi di edifici**
- Edifici di pregio
 - Edifici caratterizzanti
 - Edifici qualificanti
 - Edifici di impianto rurale
 - Parchi e giardini storici
 - Colli urbani

Piano Regolatore Generale Comunale della città di Gorizia
 Progetto: Gregotti Associati Studio
 Patrimonio della città - Foglio 20



- Vincoli paesaggistici ed ambientali**
 D.lgs. n. 42/2004 - Parte III
- Corsi d'acqua
150 m dalle sponde
 - Ruscello Vertobjica
- Vincoli dei beni culturali**
 D.lgs. n. 42/2004 - Parte II
- Aree ed immobili con vincolo diretto
 - Aree ed immobili con vincolo indiretto

Piano Regolatore Generale Comunale della città di Gorizia
 Progetto: Gregotti Associati Studio
 Vincoli e Fasce di Rispetto

INQUADRAMENTO GENERALE





AREE NATURALI

IL PARCO BASAGLIA

I padiglioni dell'ex ospedale psichiatrico sono disposti su tre file e sono collocati simmetricamente rispetto l'asse centrale nell'ampia area verde trattata a parco; il quale è intitolato a Franco Basaglia.

Nell'area di pertinenza, sono presenti numerose specie e varietà di essenze arboree ed arbustive che di seguito vengono elencate.



IL PARCO DELL'EX OSPEDALE CIVILE

Il complesso ospedaliero viene realizzato in anni più recenti rispetto l'ex ospedale psichiatrico e l'ex ospedale sanatoriale. Il terreno su cui sorge l'ospedale civile viene trattato come continuazione del parco dell'ospedale pneumologico.

Attorno allo stabile infatti, sorge una vasta area verde con ampi appezzamenti erbosi e boschivi; le essenze arboree sono le medesime che si trovano all'interno dei parchi degli altri due ospedali.



DESCRIZIONE GENERALE

descrizione generale

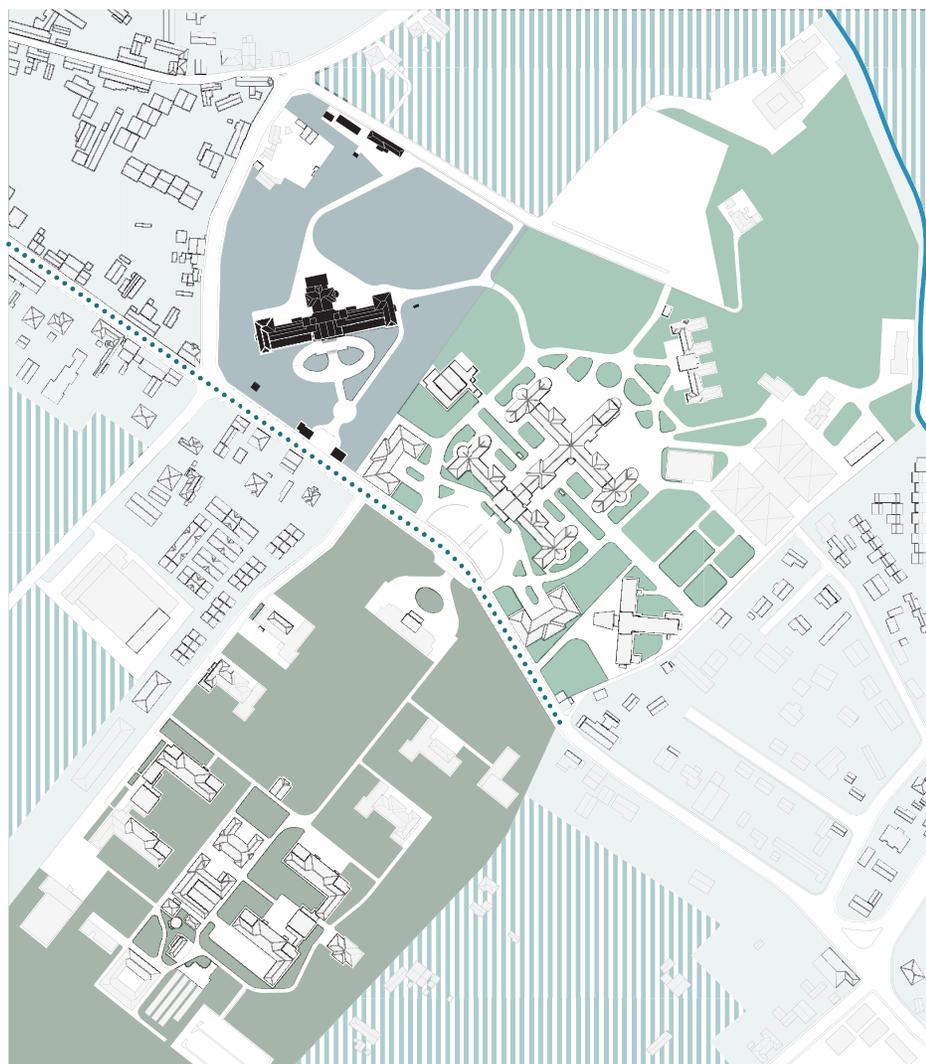
L'area è caratterizzata dalla presenza di ampie superfici verdi; le quali sono costituite principalmente dai tre parchi degli ex ospedali che sorgono sulla via Vittorio Veneto. Questi, non presentano disegni particolari ma si sviluppano come aree boschive alternate da appezzamenti erbosi.

A nord, tra il parco dell'ex ospedale sanatoriale e il colle dell'università si trova una piccola zona agricola che viene lambita nell'estremità settentrionale, vicino al Confine di Stato, dal ruscello Vertojbica.

Superfici coltivate si trovano anche a est e a sud in territorio sloveno separate dai giardini e dagli orti delle abitazioni private che compongono il paese di San Pietro Vertoba.

A ovest sorge il quartiere di San Rocco costituito da ville con giardini o case a schiera con piccoli appezzamenti privati trattati a verde.

L'intera area è attraversata da nord-ovest a sud-est dalla via Vittorio Veneto; la quale, presenta un unico filare di Tigli americani sul lato sud della strada che si sdoppia in corrispondenza dei tre complessi ospedalieri.



LEGENDA

AREE DI PROGETTO

Edifici dell'ex ospedale sanatoriale

AREE NATURALI

Parco dell'ex ospedale sanatoriale

Parco Basaglia

Parco dell'ex ospedale civile

Aree agricole

Giardini e orti privati

Filare alberato

Ruscello Vertojbica



ELENCO DELLE PRINCIPALI SPECIE ARBOREE PRESENTI ALL'INTERNO DEL PARCO BASAGLIA E DEL PARCO DELL'EX OSPEDALE CIVILE

Abies homolepis

Abete di Nikko
Altezza: 45 m
Classe di circonferenza: > 200 cm
Numero specie arboree: 2



Acer pseudoplatanus

Acero di monte
Altezza: 25-40 m
Classe di circonferenza: 50-100 cm
Numero specie arboree: 17



Calocedrus decurrens

Cedro della California
Altezza: 40-60 m
Classe di circonferenza: > 200 cm
Numero specie arboree: 3



Acer palmatum

Acero palmato
Altezza: 6-10 m
Classe di circonferenza: 150-200 cm
Numero specie arboree: 1



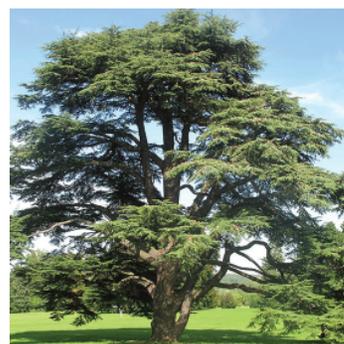
Aesculus hippocastanum

Ippocastano
Altezza: 25-30 m
Classe di circonferenza: 100-150 cm
Numero specie arboree: 59



Cedrus atlantica

Cedro dell'Atlante
Altezza: 30 m
Classe di circonferenza: > 200 cm
Numero specie arboree: 32



Acer platanoides

Acero riccio
Altezza: 20 m
Classe di circonferenza: 100-150 cm
Numero specie arboree: 4



Ailanthus altissima

Ailanto
Altezza: 15-30 m
Classe di circonferenza: > 200 cm
Numero specie arboree: 1



Celtis australis

Bagolaro
Altezza: 25 m
Classe di circonferenza: 150-200 cm
Numero specie arboree: 67



Cercis siliquastrum

Albero di Giuda
 Altezza: 10 m
 Classe di circonferenza: 100-150 cm
 Numero specie arboree: 9

*Juglans regia*

Noce
 Altezza: 30 m
 Classe di circonferenza: 50-100 cm
 Numero specie arboree: 18

*Morus alba*

Gelso bianco
 Altezza: 15-20 m
 Classe di circonferenza: 150-200 cm
 Numero specie arboree: 3

*Chamaecyparis lawsoniana*

Cipresso di Lawson
 Altezza: 50 m
 Classe di circonferenza: > 200 cm
 Numero specie arboree: 4

*Magnolia grandiflora*

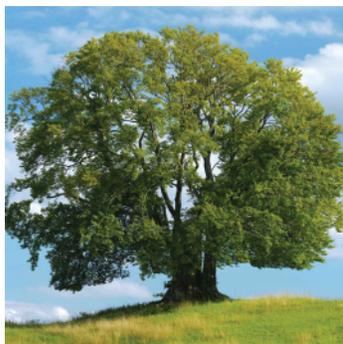
Magnolia sempreverde
 Altezza: 25-30 m
 Classe di circonferenza: 100-150 cm
 Numero specie arboree: 12

*Ostrya carpinifolia*

Carpino nero
 Altezza: 15-20 m
 Classe di circonferenza: 50-100 cm
 Numero specie arboree: 1

*Fagus sylvatica*

Faggio
 Altezza: 30-40 m
 Classe di circonferenza: > 200 cm
 Numero specie arboree: 8

*Mespilus germanica*

Nespolo
 Altezza: 4-5 m
 Classe di circonferenza: < 50 cm
 Numero specie arboree: 3

*Picea abies*

Abete rosso
 Altezza: 40 m
 Classe di circonferenza: > 200 cm
 Numero specie arboree: 15



Pinus nigra

Pino nero
Altezza: 25-30 m
Classe di circonferenza: 150-200 cm
Numero specie arboree: 9



Pinus sylvestris

Pino silvestre
Altezza: 30-40 m
Classe di circonferenza: 150-200 cm
Numero specie arboree: 2



Prunus dulcis

Mandorlo
Altezza: 5-7 m
Classe di circonferenza: < 50 cm
Numero specie arboree: 1



Pinus pinea

Pino domestico
Altezza: 12-20 m
Classe di circonferenza: > 200 cm
Numero specie arboree: 3



Platanus

Platano
Altezza: 30-40 m
Classe di circonferenza: > 200 cm
Numero specie arboree: 1



Quercus ilex

Leccio
Altezza: 20-25 m
Classe di circonferenza: > 200 cm
Numero specie arboree: 5



Robinia pseudoacacia

Robinia o Acacia
 Altezza: 25 m
 Classe di circonferenza: 100-150 cm
 Numero specie arboree: 16



Sophora

Sophora
 Altezza: 5-20 m
 Classe di circonferenza: 50-100 cm
 Numero specie arboree: 1



Tilia cordata

Tiglio
 Altezza: 25 m
 Classe di circonferenza: 150-200 cm
 Numero specie arboree: 33



Sequoia sempervirens

Sequoia sempreverde
 Altezza: > 100 m
 Classe di circonferenza: 150-200 cm
 Numero specie arboree: 4



Taxus baccata

Tasso
 Altezza: 15-20 m
 Classe di circonferenza: 100-150 cm
 Numero specie arboree: 24



Ulmus pumila

Olmo siberiano
 Altezza: 20 m
 Classe di circonferenza: < 50 cm
 Numero specie arboree: 25



LE AREE AGRICOLE

In territorio italiano, a nord-est e a sud-ovest rispetto i tre ex ospedali di via Vittorio Veneto, sono presenti **superfici destinate all'agricoltura**.

A separare i tre complessi ospedalieri da queste aree è semplicemente una strada nel caso dell'ex Sanatorio o una recinzione nel caso delle altre due strutture.

La **collocazione degli ospedali fu influenzata dalla presenza di aree verdi o coltivate**; caratteristica questa che fu mantenuta grazie all'erezione del **Confine di Stato** che comportò un'espansione del centro urbano **verso sud** invece che verso est.

Oltre confine la situazione è la medesima: a sud del paese di San Pietro - Vertoiba si sviluppa una vasta **area agricola** che caratterizza l'intera **valle del Vipacco**.

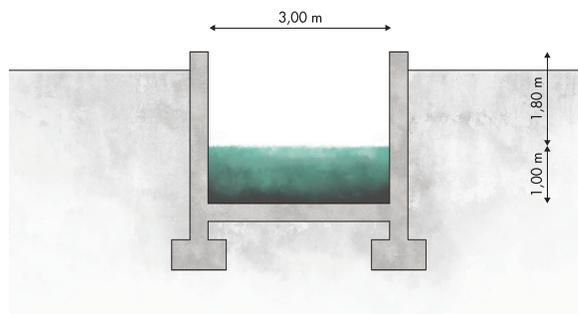
Fig.01: Area agricola in territorio Italiano situata a nord dell'ex ospedale sanatoriale.

Fig.02: Area agricola in territorio sloveno situata a est dell'ex ospedale psichiatrico.



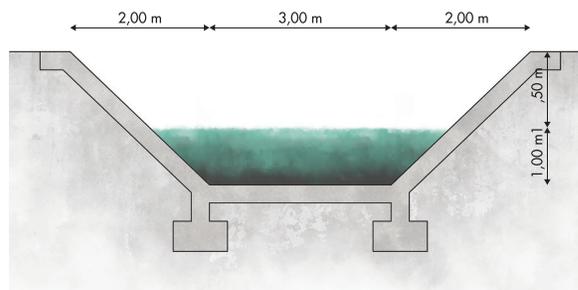
IL RUSCELLO VERTOJBICA

Sezione dei primi 250 m del ruscello in Italia



Ruscello Vertojbica | Sezione in scala 1:100

Sezione degli ultimi 350 m del ruscello in Italia

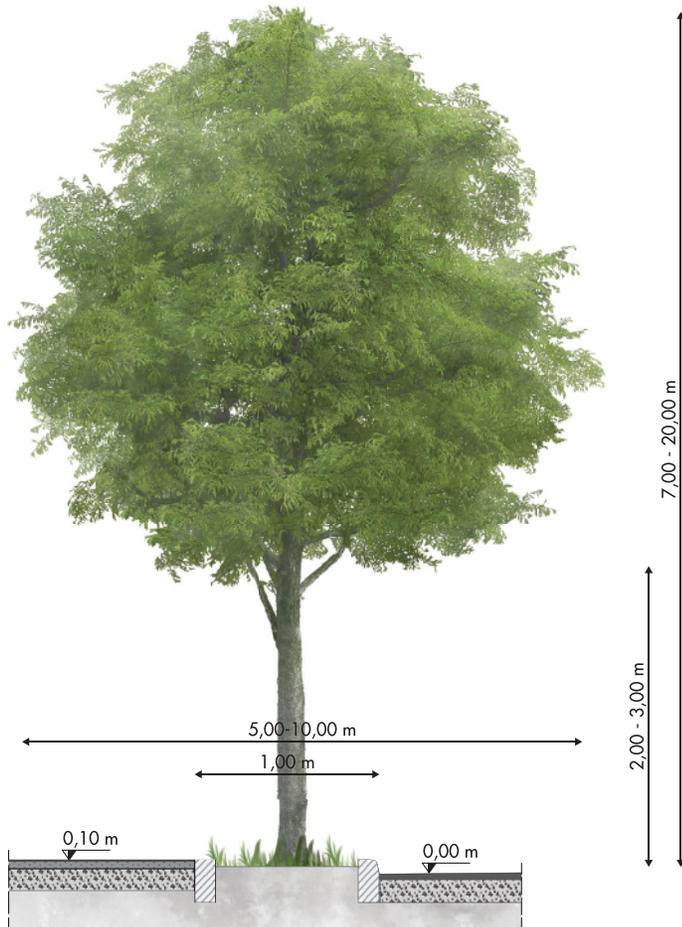


Ruscello Vertojbica | Sezione in scala 1:100

Il **ruscello Vertojbica** nasce dal colle di San Marco. Il corso d'acqua si sviluppa in **territorio sloveno** entrando in **Italia** per un **tratto lungo 600 metri**. Le sponde del ruscello sono regolamentate attraverso una **struttura in cento armato** la cui forma e dimensione varia lungo il percorso. Il ruscello attraversa i paesi sloveni della **valle del Vipacco** e sfocia in esso all'altezza del paese di Merna.

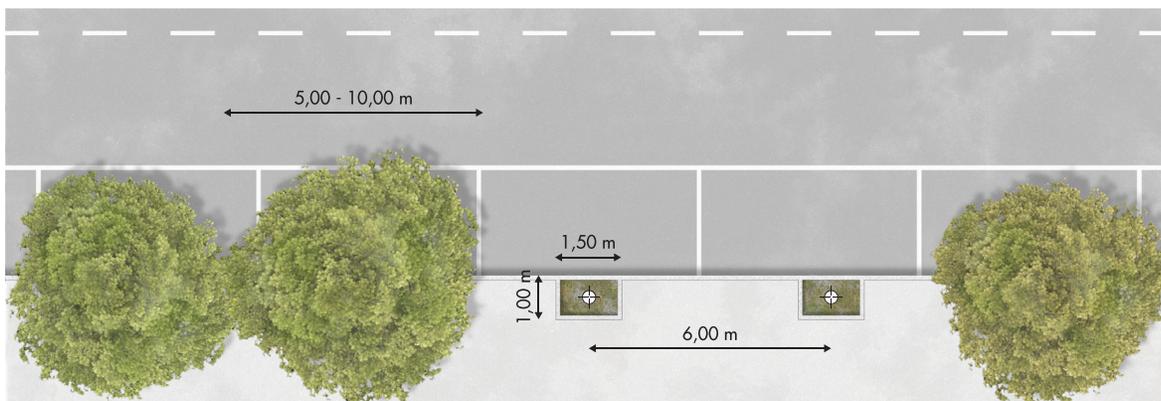


IL FILARE DI ALBERI DI VIA VITTORIO VENETO



Filare di alberi | Sezione in scala 1:50

La via Vittorio Veneto è caratterizzata da un **unico filare** di alberi che si **sdoppia solo nell'ultimo tratto italiano** prima del Confine di Stato in corrispondenza dell'**area degli ex ospedali**. La **specie ornamentale** utilizzata per questo filare è la **Tilia Americana** (Tiglio americano) che raggiunge un'**altezza** che varia tra i **20** e i **40** m.



Filare di alberi | Planimetria in scala 1:200

INFRASTRUTTURE

AREE PARCHEGGIO PRESENTI NELL'AREA

Aree parcheggio

A nord dei complessi ospedalieri è presente un'area parcheggio inutilizzata dopo la dismissione dell'ospedale civile; all'area si accede attraverso alla via Toscolano e conduceva agli edifici posti sul retro dell'ospedale. A sud del parco Basaglia è presente un'ulteriore area parcheggio utilizzata dagli impiegati e lavoratori delle aziende presenti all'interno dei padiglioni dell'ex ospedale psichiatrico.



Parcheggi su strada

Lungo le due principali strade che attraversano l'area, la via Vittorio Veneto e la via della Scuola Agraria, sono presenti parcheggi in linea larghi 2,50 m.



DIMENSIONI



Superficie:
14.000,00 mq
Posti auto:
1.000



Superficie:
2.000,00 mq
Posti auto:
160

DESCRIZIONE GENERALE

L'area è attraversata da nord-ovest a sud-est dalla via Vittorio Veneto sulla quale sono state costruite le strutture ospedaliere in parte dismesse. Questa via rappresenta lo storico collegamento tra il centro della città di Gorizia e il paese di San Pietro-Vertoiba in territorio sloveno. Da sud a nord invece, sia in Italia che in Slovenia, sono presenti due strade che conducono dai centri abitati alla periferia della città; collegando questa con l'autostrada A34. A innestarsi su questi assi sono le strade minori, residenziali, usufruite principalmente dalle persone che abitano nella zona. All'interno dei tre parchi sono presenti sentieri di dimensioni abbastanza larghe da poter permettere il passaggio dei mezzi addetti ai lavori e al trasporto. Queste strade sono asfaltate per la maggior parte dei casi, altre volte invece, è possibile trovare percorsi in terra battuta e ghiaia. A nord e a sud degli ex ospedali sono presenti due aree parcheggio poco utilizzate, mentre parcheggi su strada sono presenti lungo i principali assi sopra descritti. I mezzi pubblici collegano l'area con la città attraverso la via Vittorio Veneto.



LEGENDA

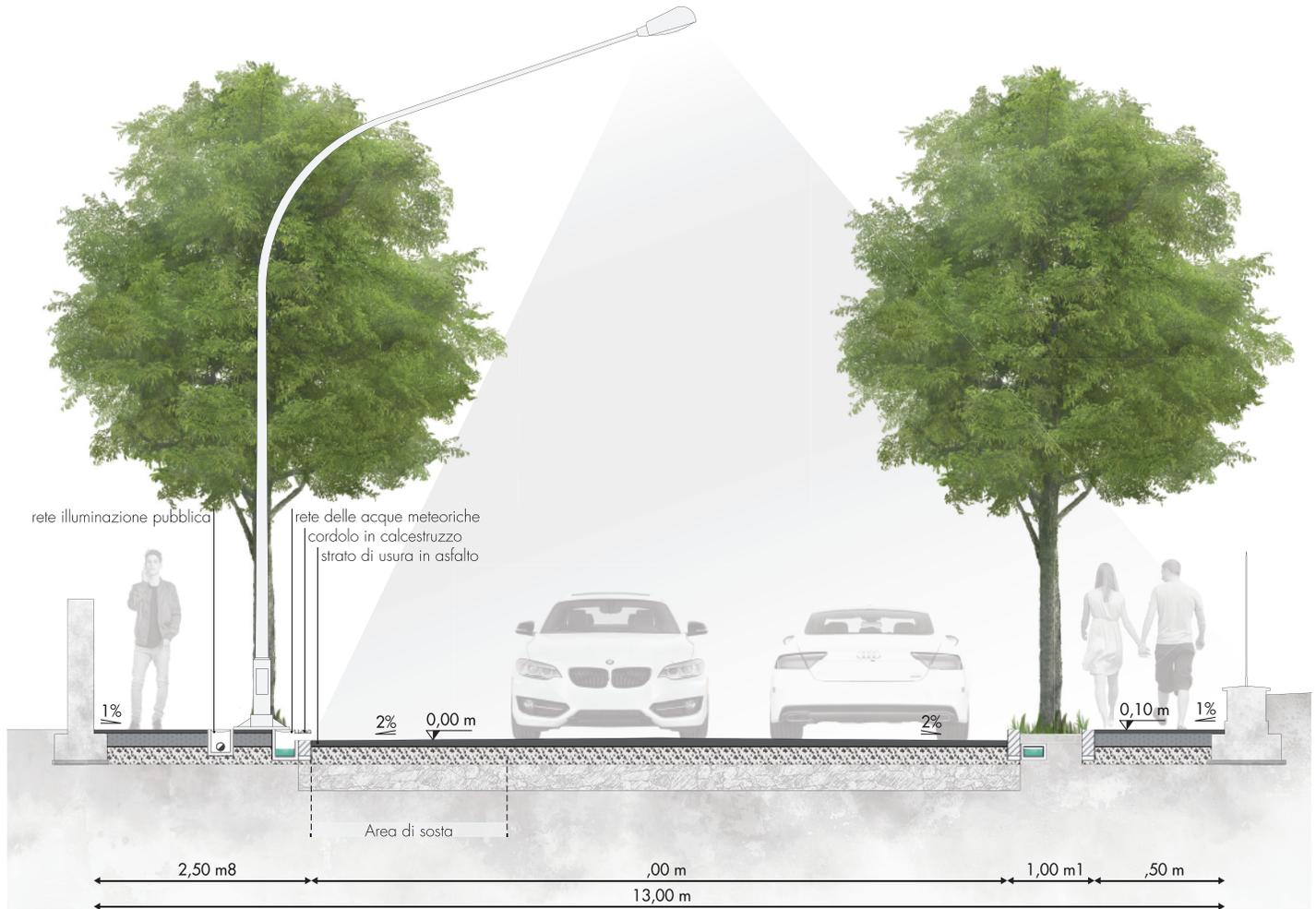
AREE DI PROGETTO

- Edifici dell'ex ospedale sanatoriale
- Lotto dell'ex ospedale sanatoriale

INFRASTRUTTURE

- Strada urbana di scorrimento
- Strada urbana di quartiere
- Strada locale
- Strada ciclopedonale
- Aree parcheggio
- Parcheggi su strada
- Pista ciclabile
- Fermata dell'autobus





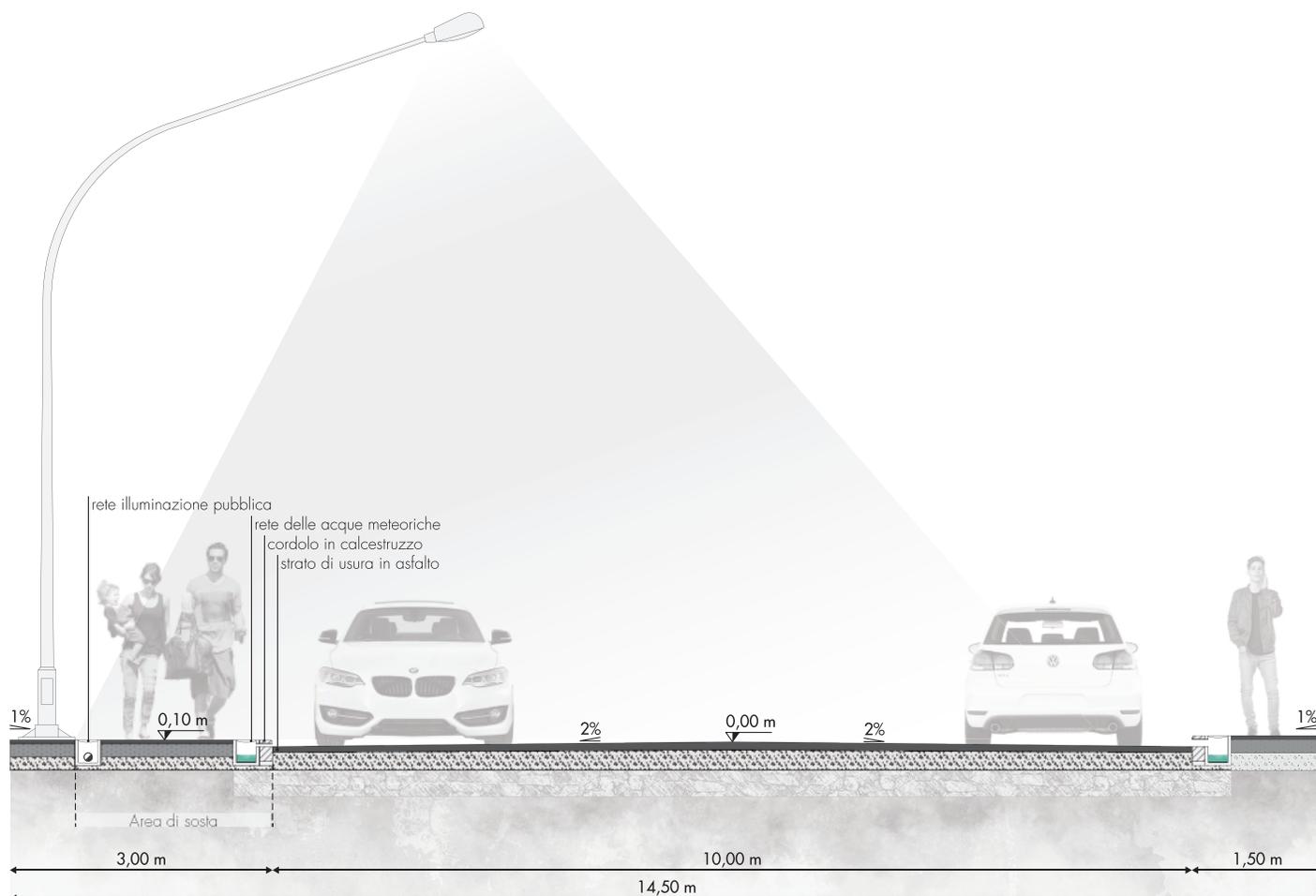
SEZIONE A-A

STRADA URBANA DI QUARTIERE

Strada ad una carreggiata con una corsia per senso di marcia; presenti marciapiedi con filare di alberi e aree di sosta.

VEICOLI PRESENTI SULLA SEDE STRADALE





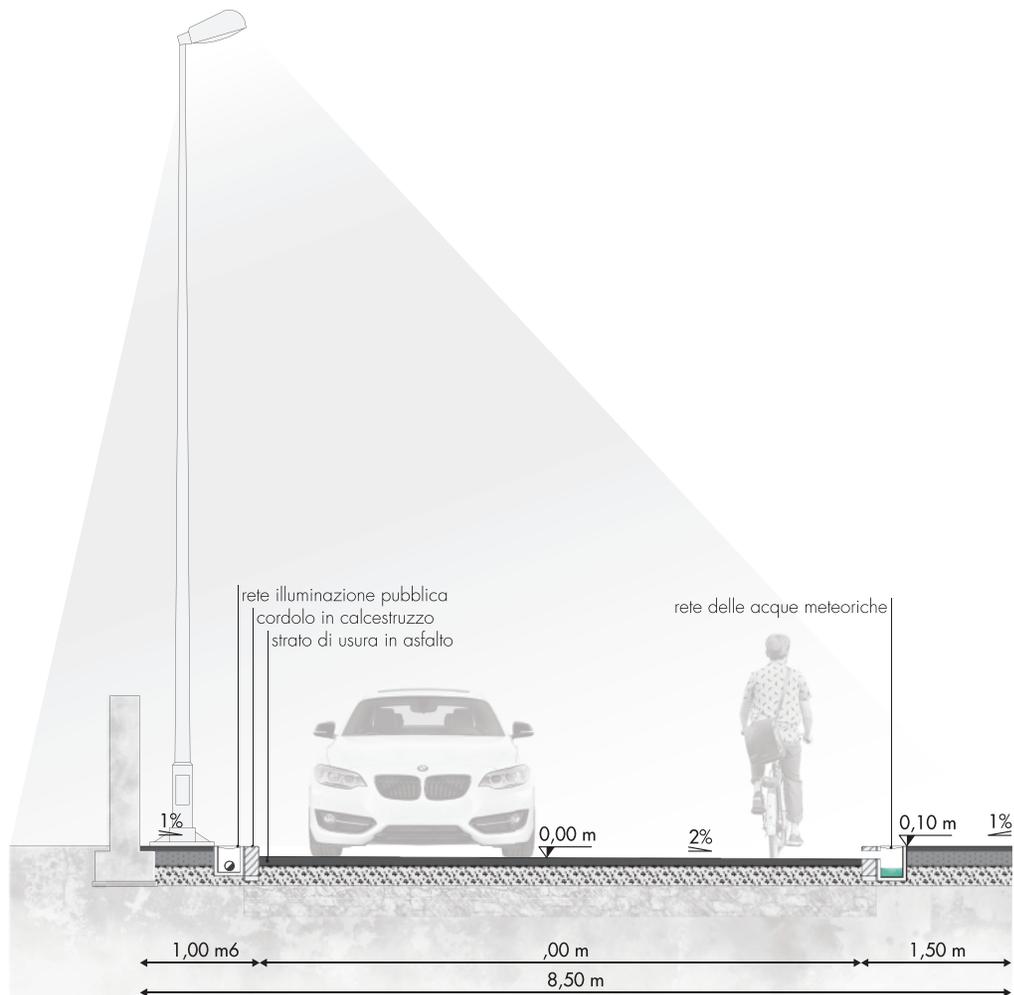
SEZIONE B-B

STRADA URBANA DI SCORRIMENTO

Strada ad una carreggiata con una corsia per senso di marcia; presenti marciapiedi e piste ciclabili.

VEICOLI PRESENTI SULLA SEDE STRADALE





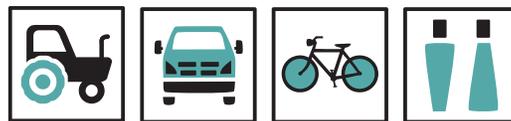
SEZIONE C-C

STRADA LOCALE

Strada ad una carreggiata con una corsia per senso di marcia; presenti marciapiedi e banchina pavimentata.



VEICOLI PRESENTI SULLA SEDE STRADALE





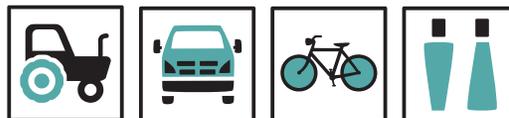
SEZIONE D-D

PISTA CICLOPEDONALE

Strada locale destinata prevalentemente alla percorrenza pedonale e ciclabile. Possono utilizzarla i mezzi di servizio.



VEICOLI PRESENTI SULLA SEDE STRADALE



EDIFICATO

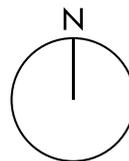
EX OSPEDALE PSICHIATRICO PROVINCIALE

I padiglioni dell'ex ospedale psichiatrico sono disposti su tre file e collocati simmetricamente rispetto l'asse centrale nell' area verde trattata a parco; sono di dimensione modeste ed hanno un'altezza massima di tre piani. Tutti gli edifici sorgono su fondazioni in calcestruzzo e il piano terra è rialzato di circa un metro. I muri sono in mattoni e i solai in laterocemento. Le scale sono in pietra del Carso e i tetti dei fabbricati sono costituiti da solette in cemento armato ricoperti con sabbia e ghiaia o con struttura lignea e manto in tegole a canale.



LEGENDA

-  Edifici dell'Azienda per i Servizi Sanitari n. 2 Isontina ancora in funzione
-  Edifici dell'Azienda per i Servizi Sanitari n. 2 Isontina dismessi
-  Edifici dell'Amm. Provinciale di Gorizia ancora in funzione
-  Edifici dell'Amm. Provinciale di Gorizia dismessi
-  Edifici i proprietà pubblica



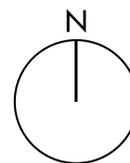
EX OSPEDALE CIVILE

L'ex ospedale civile è costituito da un edificio principale di cinque piani fuori terra e da una serie di edifici satellite che accolgono funzioni secondarie; quali uffici, magazzini, vani tecnici, le cucine, l'obitorio, la chiesa e il reparto infetti. Al giorno d'oggi i due edifici su via Vittorio Veneto ospitano le funzioni dell'Azienda per i Servizi Sanitari. Gli altri edifici sono totalmente dismessi e l'intera area è recintata e inagibile da parte del pubblico. Lo stabile più a sud, vicino al confine, ospita una scuola convitto.



LEGENDA

- Edifici dell'Azienda per i Servizi Sanitari n. 2
Isontina ancora in funzione
- Edifici dell'Azienda per i Servizi Sanitari n. 2
Isontina dismessi
- Edifici dell'Amm. Provinciale di Gorizia
ancora in funzione
- Edifici dell'Amm. Provinciale di Gorizia
dismessi
- Edifici i proprietà pubblica



DESCRIZIONE GENERALE

L'area è caratterizzata dalla presenza delle ex strutture ospedaliere. L'ex ospedale psichiatrico è costituito da padiglioni simmetrici rispetto l'asse principale che attraversa il parco Basaglia.

L'ex ospedale civile invece, presenta una struttura principale e due più piccole simmetriche rispetto l'edificio stesso che si affacciano sulla via Vittorio Veneto; a lato e sul retro sono presenti edifici satellite con funzioni secondarie.

Mentre per l'ex manicomio alcuni padiglioni hanno cambiato funzione, gli edifici dell'ex ospedale civile sono completamente dismessi.

Attorno ai tre complessi ospedalieri sorgono case unifamiliari su lotto a due e tre piani con giardino di proprietà sia in territorio italiano che in quello sloveno.

A nord e a sud sono presenti case rurali in corrispondenza delle aree agricole e coltivate.

All'interno del tessuto residenziale sono presenti i principali servizi della città come luoghi per il culto, per l'istruzione, attrezzature tecnologiche, e attrezzature sanitarie.



LEGENDA

AREE DI PROGETTO

 | Edifici dell'ex ospedale sanatoriale

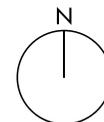
AREE NATURALI

 | Edifici dell'ex ospedale psichiatrico

 | Edifici dell'ex ospedale civile

 | Edifici a destinazione commerciale

 | Abitazioni private



OP_01

Azienda per i Servizi Sanitari n.2 Isontina
 Direzione territoriale ASS n.2 Isontina
 Superficie coperta: 797 mq
 Piani fuori terra: 2



OP_04

Amministrazione Provinciale di Gorizia
 Dismesso
 Superficie coperta: 927 mq
 Piani fuori terra: 2



OP_07

Azienda per i Servizi Sanitari n.2 Isontina
 Cappella
 Superficie coperta: 40 mq
 Piani fuori terra: 1



OP_02

Amministrazione Provinciale di Gorizia
 ITALCOOP - cooperativa aziendale OPP
 Superficie coperta: 834 mq
 Piani fuori terra: 1-2



OP_05

Azienda per i Servizi Sanitari n.2 Isontina
 SERT - servizio per le tossicodipendenze
 Superficie coperta: 927 mq
 Piani fuori terra: 2



OP_08

Amministrazione Provinciale di Gorizia
 Dismesso
 Superficie coperta: 2.722 mq
 Piani fuori terra: 1-2



OP_03

Azienda per i Servizi Sanitari n.2 Isontina
 Centro diurno di salute mentale
 Superficie coperta: 834 mq
 Piani fuori terra: 1-2



OP_06

Azienda per i Servizi Sanitari n.2 Isontina
 Palestra e area sportiva
 Superficie coperta: 834 mq
 Piani fuori terra: 2



OP_09

Azienda per i Servizi Sanitari n.2 Isontina
 Direzione, uffici amministrativi e tecnici
 Superficie coperta: 2.722 mq
 Piani fuori terra: 1-2



OP_10

Azienda per i Servizi Sanitari n.2 Isontina
 Tipografia
 Superficie coperta: 397 mq
 Piani fuori terra: 1



OP_13

Azienda per i Servizi Sanitari n.2 Isontina
 Cabina distribuzione elettrica
 Superficie coperta: 20 mq
 Piani fuori terra: 1



OP_16

Azienda per i Servizi Sanitari n.2 Isontina
 Cooperativa sociale Il Grande Carro
 Superficie: 142 mq
 Piani fuori terra: 1



OP_11

Azienda per i Servizi Sanitari n.2 Isontina
 Archivio clinico
 Superficie coperta: 702 mq
 Piani fuori terra: 3



OP_14

Azienda per i Servizi Sanitari n.2 Isontina
 Dismesso
 Superficie coperta: 35 mq
 Piani fuori terra: 1



OP_17

Azienda per i Servizi Sanitari n.2 Isontina
 Serre e floriculture
 Superficie: 1.760 mq
 Piani fuori terra: 1



OP_12

Azienda per i Servizi Sanitari n.2 Isontina
 Cooperative sociali Il Cammino e Contea
 Superficie coperta: 1.192 mq
 Piani fuori terra: 1



OP_15

Azienda per i Servizi Sanitari n.2 Isontina
 Torre piezometrica
 Superficie coperta: 61 mq
 Piani fuori terra: 4



OP_18

Azienda per i Servizi Sanitari n.2 Isontina
 Lab. Falegnameria e Serimania, c.s. Thiel
 Superficie: 1.035 mq
 Piani fuori terra: 1



OP_19

Azienda per i Servizi Sanitari n.2 Isontina
Serre e floriculture
Superficie: 276 mq
Piani fuori terra: 1



OC_02

Azienda per i Servizi Sanitari n.2 Isontina
Dipartimento di Prevenzione
Superficie coperta: 1.050 mq
Piani fuori terra: 2



OC_05

Azienda per i Servizi Sanitari n.2 Isontina
Scuola convitto
Superficie coperta: 1.760 mq
Piani fuori terra: 3-4



OP_20

Amministrazione provinciale di Gorizia
Palestra
Superficie: 1.193 mq
Piani fuori terra: 1



OC_03

Azienda per i Servizi Sanitari n.2 Isontina
Servizio Farmaceutico, Distretto Sanitario
Superficie coperta: 1.050 mq
Piani fuori terra: 2



OC_06

Azienda per i Servizi Sanitari n.2 Isontina
Dismesso
Superficie coperta: 4.120 mq
Piani fuori terra: 2



OC_01

Azienda per i Servizi Sanitari n.2 Isontina
Dismesso
Superficie coperta: 5.300 mq
Piani fuori terra: 5



OC_04

Azienda per i Servizi Sanitari n.2 Isontina
Dismesso
Superficie coperta: 950 mq
Piani fuori terra: 2



OC_07

Azienda per i Servizi Sanitari n.2 Isontina
Dismesso
Superficie coperta: 690 mq
Piani fuori terra: 1



OC_08

Azienda per i Servizi Sanitari n.2 Isontina
 Dismesso
 Superficie coperta: 280 mq
 Piani fuori terra: 1



OC_11

Azienda per i Servizi Sanitari n.2 Isontina
 Dismesso
 Superficie coperta: 1.060 mq
 Piani fuori terra: 1-2



OC_14

Azienda per i Servizi Sanitari n.2 Isontina
 Abitazione privata
 Superficie coperta: 245 mq
 Piani fuori terra: 1



OC_09

Azienda per i Servizi Sanitari n.2 Isontina
 Dismesso
 Superficie coperta: 290 mq
 Piani fuori terra: 3



OC_12

Azienda per i Servizi Sanitari n.2 Isontina
 Dismesso
 Superficie coperta: 45 mq
 Piani fuori terra: 1



OC_15

Azienda per i Servizi Sanitari n.2 Isontina
 Dismesso
 Superficie coperta: 1.645 mq
 Piani fuori terra: 1



OC_10

Azienda per i Servizi Sanitari n.2 Isontina
 Dismesso
 Superficie coperta: 240 mq
 Piani fuori terra: 1



OC_13

Azienda per i Servizi Sanitari n.2 Isontina
 Dismesso
 Superficie coperta: 340 mq
 Piani fuori terra: 1



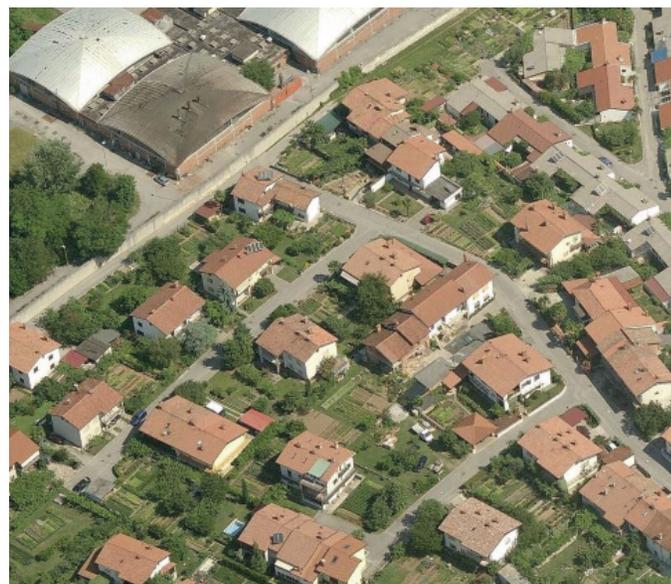
ABITAZIONI PRIVATE

Nell'immediato intorno dei tre ospedali si trovano aree residenziali con diverse tipologie edilizie: sono presenti infatti, case unifamiliari o bifamiliari su lotto con giardino e orti privati, piccole ville, edifici a blocco o in linea.

Le tipologie residenziali sono le medesime sia per la parte italiana sia per quella slovena dove si trovano case singole con giardino e orti privati.

Sono infine presenti edifici rurali all'interno delle aree agricole e coltivate a nord e a sud-est dei tre ospedali dismessi.

I materiali e gli elementi costruttivi degli edifici sono gli stessi: copertura a due o quattro falde in laterocemento o in legno con finitura in coppi, muri portanti in laterizio intonacati e verniciati di colore chiaro.



RESIDENZE PRIVATE

ITALIA
Indirizzo: via della Scuola Agraria



RESIDENZE PRIVATE

SLOVENIA
Indirizzo: Goriška ulica



RESIDENZE PRIVATE

ITALIA
Indirizzo: via Vittorio Veneto



RESIDENZE PRIVATE

SLOVENIA
Indirizzo: nidarčičeva ulica

