

EdA
esempi di Architettura

anno II, n. 4/2008

L'OSPEDALE DEL FUTURO
MODELLI PER UNA NUOVA SANITÀ

a cura di Romano Del Nord, CSPE, Firenze



il prato
casa editrice

Direttore Scientifico
Olimpia Niglio

Direttore Responsabile
Luca Parisato

Redazione
Rossella Corrao
Giuseppe De Giovanni
Samuel Fuyumi Namioka
Marzia Marandola
Maurizio Meossi
Alessio Pipinato
Federica Visconti
Chiara Visentin
Marco Zerbinatti

Comitato scientifico
Giuseppe Bonaccorso
Gianluigi Ciotta
Richard Horden
Angelo Mangiarotti
Guglielmo Monti
Maurizio Morandi
Hendrick Müller
Piero Piccardi
Arnaldo Pomodoro
Alberto Sposito

Collaborazione alla Redazione
Pietro Artale
Chiara Mori
Anna Pietropolli

Sito Web
www.esempidiarchitettura.it
Pietro Artale
Enrico Bono

Progetto grafico e impaginazione
Scriptorium, Vicenza

Comunicazione
Cristina Sartori

Editore e amministrazione
casa editrice *il prato*

Redazione
casa editrice *il prato*
via Lombardia 41/43

35020 Saonara (Pd)
tel. 049 640105 - fax 049 8797938
www.ilprato.com
Periodicità quadrimestrale
anno I, n. 3/2007

Abbonamento annuo
euro 35,00

Copyright
casa editrice *il prato* 2006
Registrazione presso il Tribunale di Padova
n. 2094 del 06/07/2007

Contribuit di
Benedetta Biondi
Antonella Cesaroni
Mirilia Bonnes
Marino Bonaiuto
Romano Del Nord
Cristina Donati
Ferdinando Fornara
Marco Geddes da Filicaia
Derek Parker
Peter Scher
Daniela Sorana
Maria Chiara Torricelli
Eberhard Zeidler

Traduzioni
Paul Blackmore, Roma
A&B Servizi Linguistici, Padova

Pubblicità e Marketing
Nuova SAP Editrice di Pegoraro Fania
via Manfroni 12, Padova - tel. 049 691656 - 335 5472014
fax 049 8803988. E.mail: nuovasapdipegorarofania@tin.it

ISBN
€ 20,00

In copertina:

L'OSPEDALE DEL FUTURO. MODELLI PER UNA NUOVA SANITÀ.

A CURA DI ROMANO DEL NORD, CSPE, CON CRISTINA DONATI, CSPE, FIRENZE

- EDITORIALE
 - Romano Del Nord, *I nuovi network degli spazi per la cura.* p. 5

- INTERVISTA
 - Daniela Sorana, *L'innovazione del Nuovo Ospedale Martini di Groningen, Olanda. A colloquio con G.A.M.Thiadens, Direttore Generale. Martini Teaching Hospital: un ospedale a 'prova di futuro'. Burger Grunstra Architetti.* p. 12

- CULTURA
 - Maria Chiara Torricelli, *Architettura degli ospedali: storia e contemporaneità.* p. 20
 - Eberhard Zeidler, *Hospital design for emotional and cultural needs.* p. 28
 - Derek Parker, *Healing the Patient, Healing the Planet. Sustainability and Evidence Based Design: What's the Connection?* p. 36
 - Marco Geddes da Filicaia, *Interventi di riconfigurazione di ospedali storici.* p. 44
 - Mirilia Bonnes, Ferdinando Fornara, Marino Bonaiuto, *Psicologia ambientale e architettura per la progettazione dei luoghi di cura.* p. 52
 - Peter Scher, *Architecture and the arts in health care.* p. 62

- ARCHITETTURA
 - Cristina Donati, *"Architettura senza ideologia". La nuova genesi dell'Ospedale del Terzo Millennio.* p. 71
 - Groupe 6**, *Polo di Cardio-Pneumologia. Ospedale Universitario di Besançon, Francia, 2000.* Daniela Sorana p. 77
 - Rafael Moneo**, *Maternità e Pediatria, Ospedale Universitario Gregorio Marañón, Madrid, Spagna, 2003.* Cristina Donati p. 83
 - Pei, Cobb, Freed & Partners**, *Padiglione degli Ambulatori, Ospedale Bellevue, New York, USA, 2005.* Cristina Donati p. 89
 - REES Associates - HAS Architects**, *Anadolu Health Center, Gebze-Kocaeli, Turchia, 2005.* Cristina Donati p. 97
 - Anshen + Allen**, *Polo Pediatrico "Octav Botnar" Ospedale Great Ormond Street, Londra, 2006.* Cristina Donati p. 103
 - CSPE**, *Ospedale San Giovanni Battista, Foligno, Perugia, 2006.* Cristina Donati p. 109
 - CSPE**, *Polo Pediatrico Meyer, Careggi, Firenze, 2007.* Cristina Donati p. 115
 - BDP - Building Design Partnership**, *Ospedale Pediatrico Royal Alexandra, Brighton, UK, 2007.* Cristina Donati p. 123

- SEZIONI.
 - RdA. Ricordi di Architettura**, a cura di Marzia Marandola p. 128
Orientamenti dell'Architettura per la Sanità: l'Ospedale San Bartolomeo a Sarzana di Giovanni Michelucci. 1967 - 2000.
 - ECA. Esempi Costruttivi di Architettura**, a cura di Alessio Pipinato p. 131
Ospedali e innovazione costruttiva sostenibile: il Meyer di Firenze.
 - MDA. Materiali di Architettura**, a cura di Giuseppe De Giovanni, testo di Antonella Cesaroni p. 134
Spazio interno versus spazio esterno. L'involucro edilizio ospedaliero: tre interventi del CSPE a confronto.
 - TdR. Territori di Ricerca**, a cura di Maurizio Meossi p. 142
Non solo icone. L'esperienza dei Maggie's Centres in UK.
 - LdA. Laboratori di Architettura**, a cura di Federica Visconti p. 145
L'Architettura dell'ospedale, tra forma e funzione. Il Centro Interuniversitario di Ricerca "TESIS".
 - CdA. Concorsi di Architettura**, a cura di Chiara Visentin, testo di Benedetta Biondi p. 149
Due concorsi di grande rilevanza ed attualità. Il rinnovamento dell'Ospedale Mangiagalli e Regina Elena di Milano. La riconversione del Santa Chiara di Pisa.

- CONVEGNISTICA p. 156
- LIBRI&NONSOLOLIBRI p. 157
- CURRICULA DEGLI AUTORI p. 158



PSICOLOGIA AMBIENTALE E ARCHITETTURA PER LA PROGETTAZIONE DEI LUOGHI DI CURA

Mirilia Bonnes, Ferdinando Fornara, Marino Bonaiuto

LA COLLABORAZIONE TRA PSICOLOGI AMBIENTALI E ARCHITETTI PER LA PROGETTAZIONE SANITARIA

Gli approcci della Psicologia Architettonica e l'esperienza del CIRPA.

La Psicologia Architettonica è nata proponendosi in particolare di contribuire all'ottimizzazione della progettazione architettonica alla luce delle aspettative, desideri, bisogni, intenzioni, o "esigenze" delle persone che "occupano" e "utilizzano" (*users*) il progetto una volta realizzato; promuovendo così quella filosofia progettuale che si definisce come "centrata sull'utente" (*user-centered design*: cfr. Gifford, 2002).

Le modalità con cui essa può collaborare con progettisti e committenza, per contribuire a migliorare la riuscita del

progetto, nella sua realizzazione e utilizzazione sia immediate che di lungo termine, risultano varie e anche possibilmente articolate. Questo in relazione sia alle aspettative dei progettisti e/o della committenza in proposito, sia del momento in cui tale collaborazione avviene, in relazione alle diverse fasi dello stesso processo progettuale.

A questo proposito, si usano distinguere tre principali diverse fasi, rispettivamente relative alla (1) *ideazione*, (2) *specificazione* e (3) *valutazione* dello stesso processo progettuale (cfr. Bonnes, Secchiaroli, 1992/1995; Bonaiuto, Bilotta, Fornara, 2004). Nella fase di *ideazione* certe indicazioni di tipo generale provenienti dalla ricerca psicologica possono fornire suggerimenti di orientamento alla ideazione del progetto. Nella fase di *specificazione* si possono cer-

psicologia ambientale e architettura per la progettazione dei luoghi di cura

care di precisare le influenze specifiche di particolari caratteristiche fisiche e spaziali degli ambienti/setting da progettare o progettati su possibili altrettanto specifici aspetti o processi psicologici dei relativi utenti/attori (ad es. relazione tra aspetti strutturali del setting e processi di regolazione della *privacy*, oppure tra luminosità dell'ambiente e confort e/o efficienza lavorativa). Nella fase di *valutazione* si procede ad analizzare il progetto una volta realizzato e occupato, cioè, come si dice, "in corso d'uso" (*building-in-use*), da parte dei relativi occupanti o utilizzatori (*users*). Questo al fine di individuare direzioni di possibili ulteriori ottimizzazioni progettuali, sia per quanto già realizzato, sia soprattutto per quanto ancora da realizzare e quindi, in ogni caso, per gli ulteriori aspetti dello stesso progetto o di altri progetti futuri.

Lo sviluppo che in questa direzione hanno avuto da tempo in diversi Paesi gli studi definiti di "Valutazione Post-Occupativa" (*Post-Occupancy Evaluation: POE*) dimostra l'interesse che questi studi potrebbero avere anche nel nostro Paese, al fine di sviluppare anche qui quella collaborazione multidisciplinare e sistematica tra architetti/progettisti e psicologi ambientali, spesso sempre più auspicata.

Nonostante questo tipo di collaborazione rappresenti ancora un evento abbastanza raro in Italia, vari esempi in questo senso sono già stati realizzati del nostro Gruppo di ricer-

ca del CIRPA (Centro Interuniversitario di Ricerca in Psicologia Ambientale), che ha potuto lavorare in varie direzioni a questo riguardo, compreso l'ambito della progettazione sanitaria.

La prima occasione in questo senso ci è stata offerta in occasione del lancio dello Bando di Concorso per la progettazione del nuovo Ospedale Pediatrico Meyer a Firenze-Careggi, quando è stata avviata (ormai circa 10 anni fa) una specifica collaborazione con il Gruppo di progettisti del Centro TESIS dell'Università di Firenze, ai fini della stessa partecipazione al Bando del progetto (cfr. Del Nord, 2006).

Anche noi quindi, seguendo in questo quelli che sono stati gli sviluppi della Psicologia Ambientale ed Architettura internazionale, ci siamo abbastanza presto trovati a confrontarci con quelle sollecitazioni, che talvolta provengono in modo particolarmente puntuale ed innovativo per la stessa Psicologia Ambientale, proprio dal versante della progettazione sanitaria, come ci ha anche in questo caso dimostrato la nostra esperienza con il gruppo TESIS. Queste sollecitazioni sono state infatti da noi prima raccolte e approfondite, alla luce della letteratura scientifica del campo e poi anche ulteriormente sviluppate nel tempo, attraverso nuove linee di ricerca in questa direzione (cfr. Bonaiuto, Fornara, Bonnes, 2003; Fornara, Bonaiuto, Bonnes, 2006, 2007).

L'umanizzazione ospedaliera quale premessa per la collaborazione tra progettazione sanitaria e psicologia ambientale dei luoghi di cura

Come molta letteratura dimostra e sostiene (cfr. Ulrich, 1984, 1995; Lemprecht, 1996), un determinato assetto socio-fisico può accelerare il recupero della salute e far diminuire i tempi di ospedalizzazione e di remissione dallo stato di malattia. Negli ultimi anni, così come nel più generale campo della progettazione architettonica, anche nel campo dell'edilizia sanitaria si è fatta strada l'esigenza di un tipo di progettazione meno prioritariamente centrata sugli aspetti tecnologici e più attenta alle persone coinvolte (come utenti/attori) negli stessi setting o luoghi ospedalieri - sia come pazienti che come altri utenti/attori - e che viene appunto definita come progettazione *patient-centered* (o anche più generalmente come *user-centered*). Tale progettazione si accompagna a quel più ampio processo definito di *umanizzazione ospedaliera*, che sta avendo crescente importanza e seguito anche in Italia (cfr. Cobolli Gigli, Monico, Carabillò, 2001). Con questo termine ci si vuole riferire alla misura in cui la varietà di aspetti (socio-fisici, funzionali, relazionali, organizzativi, ecc.) che caratterizzano un luogo di cura, risulti orientata a prestare specifica attenzione alle aspettative, desideri, intenzioni e bisogni delle persone che agiscono e vivono (per tempi più o meno lunghi) in questi stessi luoghi e a rendersi di conseguenza più adeguati/congruenti (o *fitting*) in tale sen-

so. Questo tenendo presente innanzitutto i pazienti con relativi accompagnatori, ma anche il personale medico e paramedico, in stretta interdipendenza con questi. Si parla in questo caso di ambienti *amichevoli* nei confronti dell'utenza (*user friendly environments*; cfr. Rossi Prodi, Stocchetti, 1990; Ferrante, 1994).

L'umanizzazione dell'ambiente ospedaliero passa infatti innanzitutto attraverso la creazione di ambienti e relativi setting socio-fisici che risultino, secondo la prospettiva psicologico-ambientale precedentemente delineata, il più possibile, non solo di *supporto*, ma di *specificazione/facilitazione/promozione* di tutti quei processi psico-fisici e socio-fisici che accelerano la remissione dello stato di malattia (o di recupero della condizione di salute) e che siano quindi essi stessi il più possibile orientati a ridurre o mitigare quelle inevitabili condizioni di disagio o stress, che fatalmente si accompagnano allo stato di malattia, quanto più questa assume forme di cronicità.

All'interno di un più ampio programma volto all'umanizzazione di un luogo di cura, le caratteristiche socio-fisiche dei relativi ambienti/setting possono infatti risultare come più o meno *isomorfi* allo stesso "programma umanizzato" di tale luogo di cura, il quale potrà quindi risultare come più o meno orientato, non solo a consentire/rendere possibile la desiderata remissione della malattia, ma soprattutto a *facilitare/promuovere* questa stessa remissione.

È in questa ottica che un'attenzione particolare da parte della progettazio-

ne architettonico-sanitaria alle proprietà sia spazio-fisiche che socio-relazionali degli ambienti ospedalieri, per relativi *isomorfismi* ed *affordances*, possono rendere questi stessi ambienti più o meno capaci di supportare e facilitare il recupero di disagi e stress dovuti alla malattia, configurandosi quindi essi stessi come possibili fonti di recupero, o di *rigeneratività* (*restorativeness*) ambientale (Scopelliti, Giuliani, 2004), anziché come possibili ulteriori fonti di stress, come ben illustrato nel recente volume di R. Del Nord (2006).

La collaborazione con i progettisti del Nuovo Ospedale Pediatrico Meyer di Careggi

Nello specifico della collaborazione con i progettisti del nuovo Meyer, il nostro lavoro si è avviato, in riferimento a quanto precedentemente illustrato, partendo innanzitutto dalla constatazione della *specialità*, in questo caso molteplice, degli utenti/attori da considerare. Il caso della progettazione di un Ospedale pediatrico configura, infatti, una varietà di utenti/attori portatori di varie *specialità*, anche rispetto alla più generale utenza ospedaliera.

La Psicologia Ambientale sa infatti molto bene che l'utenza infantile degli ambienti di vita, siano essi domestici o urbani (come ad es. la casa, ma anche il quartiere, le strade, i giardini urbani, ecc.), tende sempre a prospettarsi, per ogni progettazione, come un'utenza particolarmente e variamente *speciale*.

Questo, innanzitutto, per la specialità della sua età infantile (tipicamente in

pieno sviluppo), che la rende particolarmente sensibile (e quindi potenzialmente più vulnerabile) nei confronti di possibili agenti e fattori socio-ambientali disturbanti, o stressanti, che possono verificarsi nei relativi ambienti di vita, più o meno quotidiana.

Tale sensibilità/vulnerabilità risulta inoltre accentuata, nel caso dell'ospedale pediatrico, dalle condizioni di malattia (in certi casi anche cronica) che caratterizzano l'utenza infantile ospedaliera. Questo con le inevitabili ricadute anche sugli altri principali utenti/attori coinvolti negli stessi setting ospedalieri, sia come accompagnatori-familiari, sia come personale medico e paramedico. Vari studi di psicologia dello sviluppo hanno infatti da tempo evidenziato la particolare vulnerabilità che i bambini hanno nei confronti degli impatti negativi provocati dalla stato di malattia e di eventuale ricovero e degenza ospedaliera (cfr. Bowlby, 1969). È stato ad esempio variamente osservato come la malattia in generale, e a maggior ragione il ricovero in ospedale, tendano a generare ansia nel bambino, il quale può vivere questi eventi come minaccia incontrollabile alla sua integrità ed autonomia, con perdita del senso del tempo e della continuità dell'esperienza, talvolta accompagnato da sentimenti di tristezza e depressione, con possibili conseguenti disarmonie nello sviluppo dell'intera personalità (Filippazzi, 1997).

Accanto a tali aspetti specifici dell'utenza ospedaliera pediatrica, va inol-

psicologia ambientale e architettura per la progettazione dei luoghi di cura



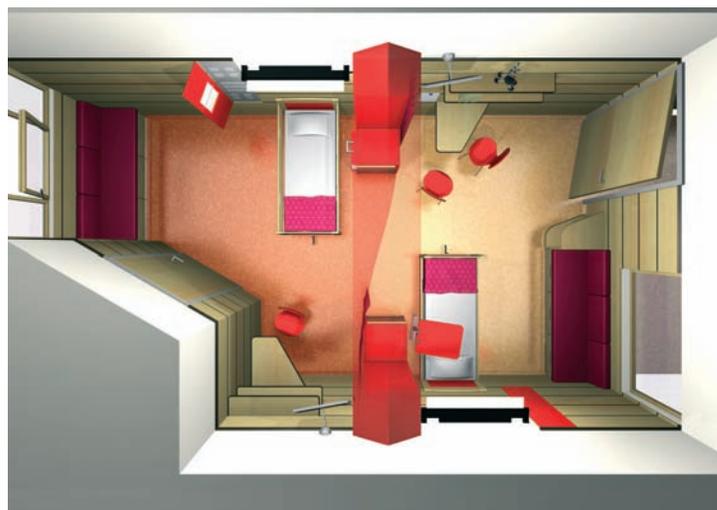
■ 1. Polo Pediatrico Meyer, Firenze, CSPE. Veduta generale dall'alto.



■ 2. Polo Pediatrico Meyer, Firenze, CSPE. Rendering del giardino con galleria vetrata, dall'esterno.

tre tenuto presente come l'utenza infantile, di setting ambientali in genere, si prospetti per la progettazione come un'utenza *speciale in genere*, perchè per tradizione più *marginale* ai vari programmi di setting, rispetto alle utenze adulte. Questo dalla micro-scala dei setting architettonici e tecnologici quotidianamente utilizzati (ad es. abitazione) alla macro-scala dei luoghi urbani e dei sistemi di setting di tali luoghi urbani (come città, quartieri, strade, ecc). Non è infatti un caso che la stessa psicologia ambientale internazionale si sia inizialmente subito molto sviluppata intorno a programmi che ponevano appunto i bambini al centro dell'interesse progettuale urbano. Basta ricordare, ad esempio, quello avviato in Canada, già nel corso degli anni '80, dallo psico-sociologo ambientale W. Michelson e dai suoi collaboratori con la denominazione di "Child in the City" e ripreso poi e sviluppato in vario modo in numerosi altri programmi ancora in corso in questa stessa direzione in vari Paesi (Finlandia, Inghilterra, Olanda), inclusa l'Italia. Essi si qualificano infatti come finalizzati a creare ambienti urbani "amichevoli nei confronti dei bambini" ("*child-friendly environments* o *cities*") o "a misura di bambini", come anche i vari programmi sulla "Città dei bambini" o su "Bambini e città" in Italia (cfr. Tonucci, 2002, 2004).

È quindi sulla base innanzitutto di queste prime consapevolezze che si è avviata la nostra collaborazione, come psicologi ambientali, con il Gruppo dei progettisti impegnati nel progetto per il



■ 3. Polo Pediatrico Meyer, Firenze, CSPE.
Cameretta degenza da due letti: immagine dall'alto.



■ 4. Polo Pediatrico Meyer, Firenze, CSPE.
Cameretta degenza da due letti immagine da davanti.

nuovo Ospedale pediatrico Meyer; appoggiandoci in questo caso sia ai principali concetti e costrutti della Psicologia Ambientale ed Architettónica come precedentemente illustrati, sia a quello più comprensivo di *umanizzazione ospedaliera*, così come precedentemente richiamato.

Il nostro contributo si è pertanto articolato secondo le principali linee di lavoro solitamente previste per questo tipo di collaborazione; in particolare il nostro lavoro si è sviluppato in successione, in riferimento alle due principali fasi iniziali di tale processo di collaborazione, con riferimento in particolare a quelle della (1) *ideazione* e della (2) *specificazione* del progetto, come in precedenza dettagliato.

Per entrambe le fasi si è proceduto allo studio della letteratura, sia di psicologia ambientale che di psicologia dello sviluppo infantile, disponibile a livello internazionale e capace di fornire indi-

cazioni da considerarsi rilevanti ed utili per la progettazione di un ospedale pediatrico in genere (per la fase di *ideazione*) e per quello del Nuovo Meyer, localizzato nella Villa Ognissanti di Careggi (FI), in particolare (per la fase di *specificazione*). Questo ai fini di orientare il più possibile le proposte progettuali al riguardo, in direzione dell'anzidetta *umanizzazione ospedaliera*.

Sono quindi state fornite alla progettazione una serie di considerazioni e di indicazioni, di tipo generale nel corso della prima fase e di carattere specifico nel corso della seconda fase, in merito a quegli aspetti che emergevano come necessitanti di particolare attenzione da parte della progettazione, nell'anzidetta ottica di *umanizzazione dei setting ospedalieri* in genere e di quelli pediatrici in modo particolare. Nella prima fase della nostra collaborazione (fase di *ideazione* del progetto) è stata pertanto individuata una ampia varietà di ambiti

problematici, in senso psicologico ambientale in genere e per lo sviluppo infantile in specifico, necessitanti di una particolare *attenzione ideativa* da parte della progettazione e riguardanti vari aspetti del progetto, quali: la *dimensionalità* di scala, l'*accoglienza* e la *non-monotonia* degli spazi (per configurazione, volumetria, materiali, colori, illuminazione, ecc.), la *relazionalità sociale* dello spazio, con le connesse possibilità di *personalizzazione/appropriazione* dello spazio personale (*personal space*), di *gestione dell'intimità/riservatezza (privacy)* e della socializzazione (es. supporto/facilitazione o impedimento della socializzazione sia intima che allargata, spazi comuni e spazi privati, ecc.), la fruibilità degli *spazi verdi-naturali* (con relativa presenza, accessibilità visiva e accessibilità di funzione), gli *spazi di transizione* (e relativi orientamento, informazione e accoglienza), gli *spazi ludici*, gli spazi e servizi *per i genitori*, le aree di *svago per lo staff*.

psicologia ambientale e architettura per la progettazione dei luoghi di cura

Nella seconda fase (fase di *specificazione* del progetto), sulla base di queste stesse indicazioni, sono state analiticamente esaminate le prime soluzioni progettuali proposte dagli architetti per i singoli elementi del progetto e formulate anche in riferimento alle nostre precedenti indicazioni. Si è quindi proceduto, per i singoli elementi del progetto preliminarmente proposto dal versante architettonico, a delineare le relative specificazioni, nel senso più o meno positivo/congruente con le relative conoscenze psicologiche, sia ambientali che di sviluppo infantile, disponibili in letteratura. Questo per i singoli elementi del progetto, in questo caso distinti per le principali aree e reparti dell'ospedale, quali: il centro di accoglienza e orientamento, il giardino, l'ingresso e la hall, le aree d'attesa, le aree di degenza, gli ambulatori specialistici, ecc.

ALCUNI ESEMPI DI REALIZZAZIONI PROGETTUALI PER IL NUOVO MEYER, ALLA LUCE DELLE INDICAZIONI PSICOLOGICHE-AMBIENTALI FORNITE.

Se si osservano ora (a distanza di quasi 10 anni da questi nostri lavori) le realizzazioni progettuali completate, si possono riscontrare una serie di realizzazioni molto congruenti con le nostre indicazioni progettuali. Si danno qui di seguito alcune esemplificazioni, con riferimento ad alcune aree/zone di particolare rilevanza sotto l'aspetto psico-

logico-ambientale. Queste riguardano rispettivamente (1) *gli spazi verdi-naturali del giardino*, (2) *gli spazi deputati alla gestione delle relazioni di intimità/riservatezza ((privacy) dell'area degenza* e (3) *alcune aree generalmente definibili come spazi di transizione* (ingressi, accoglienza, aree di attesa, ecc.).

Spazi verdi-naturali: le aree a giardino.

Un'attenzione particolare si è subito raccomandato di dare agli spazi verdi-naturali, tenendo anche conto delle notevoli opportunità offerte in questo senso dalla prevista localizzazione del progetto nella Villa Ognissanti di Careggi.

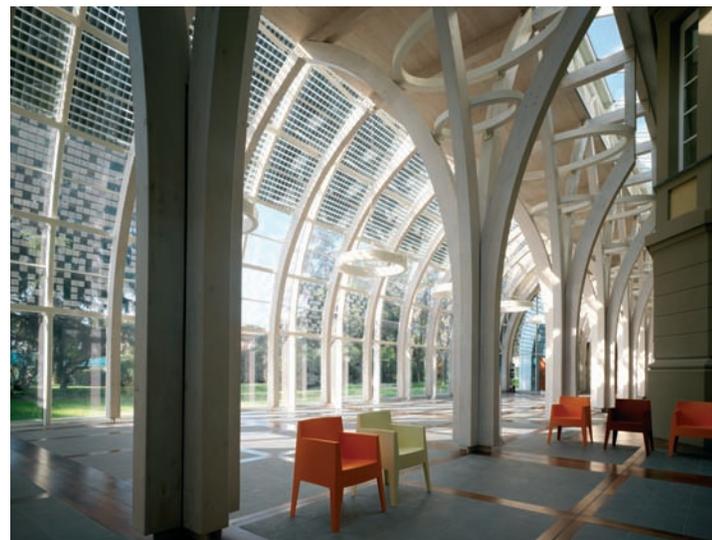
Come è ampiamente noto nella letteratura del campo è stata variamente dimostrata la capacità che la sola presenza e accessibilità visiva di aree verdi ed elementi vegetali ha di indurre negli esseri umani diversi effetti benefici, tra i quali effetti di rilassamento e di recupero del benessere psicofisico, o di rigenerazione (*restorativeness*). Questi effetti sono stati riscontrati sia con misure esterne o "oggettive", sia con misure interne o "soggettive"; vale a dire sia in termini di benefici percepibili consensualmente da osservatori esterni, sia in termini di benefici percepibili soggettivamente dall'individuo che fruisce delle aree verdi (es. Ulrich, 1984, 1995). Nel caso specifico, la presenza di un vasto giardino, che si configura sia come percorso d'accesso e d'uscita, sia come area di sosta e giuoco, risulta quindi rivolta a favorire tali effetti sugli

utenti in accesso, in permanenza e in uscita. Particolarmente orientata in tale direzione appare la soluzione progettuale di inserire lunghi percorsi perimetrali al coperto all'interno di tali aree verdi-naturali, al fine di garantire il più possibile tale possibilità di fruizione (anche solo visiva) a tutti gli utenti, garantendo al tempo stesso sia il comfort di tale fruizione nei periodi caratterizzati da avversità atmosferiche, ma anche la possibilità di una fruizione percettiva limitata alla sola modalità visiva (e non multisensoriale attraverso anche il tatto e l'olfatto, ecc.) per tutti gli utenti che comunque desiderino o necessitino di questo, per eventuali idiosincrasie (allergie, fobie, etc.).

Inoltre è anche noto, da studi di psicologia ambientale specificamente centrati sulle aree verdi in ambiente urbano, che l'attrattiva e l'efficacia di tali aree per i fruitori è generalmente subordinata ad alcune condizioni, in particolare il grado di manutenzione e il grado di attrezzature in esse presenti (Bonnes, Aiello e Bonaiuto, 1998). La soluzione progettuale quindi adottata (in relazione alla considerevole area naturale presente nel sito destinato al nuovo Meyer) di ricavare ed inserire nel progetto un'ampia area da destinare a giardino curato ed attrezzato, consente di rendere questa vasta area idonea a pratiche sia individuali sia collettive di rilassamento e recupero/rigenerazione psico-fisica. Inoltre l'inserimento sia di specifici arredi sia di attrezzature



■ 5. Polo Pediatrico Meyer, Firenze, CSPE. Sedute nella sala d'attesa.



■ 6. Polo Pediatrico Meyer, Firenze, CSPE. Galleria vetrata dall'interno.

ludiche è rivolta a consentire la congruenza (o il *fitting*) rispetto ad altre pratiche tipiche dell'area verde, nel caso sia di adulti sia di bambini.

Dal punto di vista psicologico-ambientale, le modalità con cui gli spazi verdi-naturali compaiono e sono resi fruibili, per configurazioni spaziali ed immissione di ulteriori elementi/artefatti funzionali (coperture, arredi, ecc.) appare quindi come particolarmente appropriata ad assolvere, sia le funzioni di rilassamento e di recupero/rigenerazione psicofisica, sia le ulteriori altre possibili ed importanti funzioni, quali quelle ludiche e socializzanti.

Spazi di intimità/riservatezza (privacy): l'area degenza.

La progettazione del modulo adottato per le stanze di degenza ha preso in considerazione diversi aspetti importanti sotto il profilo psicologico-ambientale, con particolare riferimento

alle opportunità qui offerte (per *sino-morfismi* e *affordances*) ai pazienti e rispettivi accompagnatori di poter gestire le proprie relazioni di intimità/riservatezza (o *privacy*), sia reciprocamente, sia nei confronti del personale medico. Come illustrato nelle figg. 3 e 6, si può ad esempio notare come la disposizione frontale-sfalsata dei due letti nelle stanze doppie sia finalizzata ad offrire la possibilità di interagire frontalmente con il compagno di stanza rimanendo a letto. Inoltre la presenza del divano letto accanto a ciascun letto di degenza, consente la vicinanza anche notturna di un accompagnatore per ciascun paziente. La presenza poi di un piano di lavoro e di attrezzature per riporre oggetti personali, separati per ciascun degente, consentono a ciascun paziente di realizzare, in modo personale ed indipendente, alcune attività, quali lo scrivere e il disegnare, importanti sia per l'età dei

degenti, che per le eventuali necessità legate alla ridotta mobilità. La possibilità inoltre di poter isolare ciascuna delle due parti-letto dall'altra, utilizzando la tenda-parete scorrevole, facilita la gestione in modo flessibile dell'intimità, a seconda delle circostanze e delle preferenze anche momentanee dei singoli pazienti e accompagnatori.

Spazi di transizione: le aree di ingresso e di attesa.

Particolare attenzione è stata dedicata alle *zone di transizione*, cioè a quegli spazi destinati a permanenze e usi *transitori*, sia spazialmente che nel tempo (quali aree di ingresso-accoglienza, passaggio, attesa) e quindi specificamente deputate a *mediare* il passaggio degli utenti/partecipanti/attori da uno specifico setting/luogo ad un altro. Questo facilitando e preparando il più possibile questi passaggi/transizioni, attraverso adeguate *affordances* e *iso-*

psicologia ambientale e architettura per la progettazione dei luoghi di cura

morfismi dei relativi setting. Seguendo la teoria ecologico-ambientale dei setting, una particolare attenzione andava in questo caso dedicata da parte della progettazione alle peculiarità costitutive (per programma, partecipanti/attori, *affordances* percepite e percepibili, *isomorfismi*, ecc.) dei setting/luoghi tra loro adiacenti, prefigurando quindi specifici *setting di mediazione* tra questi, finalizzati cioè a preparare l'utente a diventare partecipe/attore di setting/luoghi a volte molto diversi tra loro, come ad esempio tra luoghi esterni all'ospedale e luoghi/setting interni all'ospedale, oppure tra ingresso/hall e ambulatorio specialistico, ecc.

Una particolare attenzione è stata infatti dedicata, innanzitutto, alla transizione tra ambiente esterno urbano, tipicamente più pubblico (o *aperto* in senso sociale) ed ambiente interno-ospedaliero, tipicamente più *chiuso* e specializzato in senso sanitario (o medicalizzato), così come alla transizione tra le varie zone-setting (o reparti) interni all'ospedale. L'intera area ospedaliera è stata progettata in modo da configurare, per gli utenti/attori che procedono dall'esterno urbano verso l'interno delle varie strutture ospedaliere, un complessivo passaggio graduale di tale accesso, da spazi più pubblici, non medicalizzati, verso spazi sempre più specializzati in senso medico-sanitario. Questi ultimi sono stati infatti collocati con progressiva profondità di accesso, rispetto a quelli più pubblici e sociali, situati inve-

ce nelle parti più vicine all'ingresso principale.

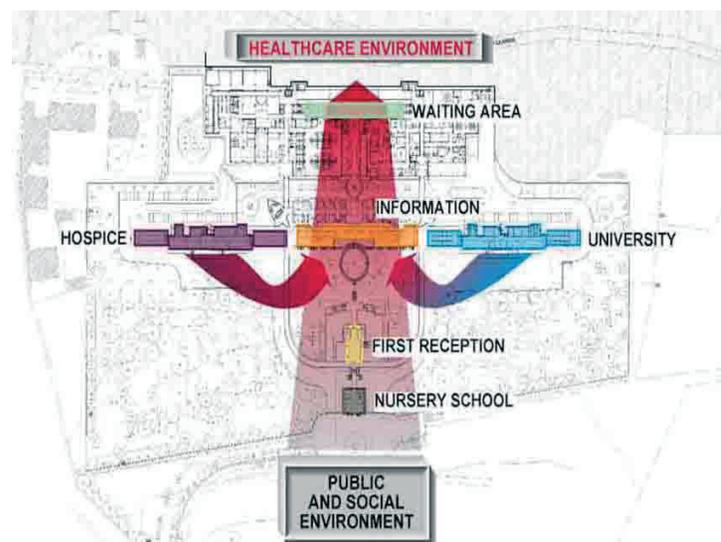
Sempre a questo fine sono state anche realizzate due successive "aree di ingresso", differenziate, tra (a) quella della hall-principale, situata dopo i primi percorsi di ingresso (o perimetrali in galleria o di attraversamento del giardino interno), e (b) quella situata nel "Centro di accoglienza e di orientamento", posta in precedenza all'altro ingresso e localizzata nella palazzina della Villa pre-esistente: questa prevista come primo ingresso dell'Ospedale sul fronte della strada esterna.

a) Ingresso (hall/serra) e aree di attesa.

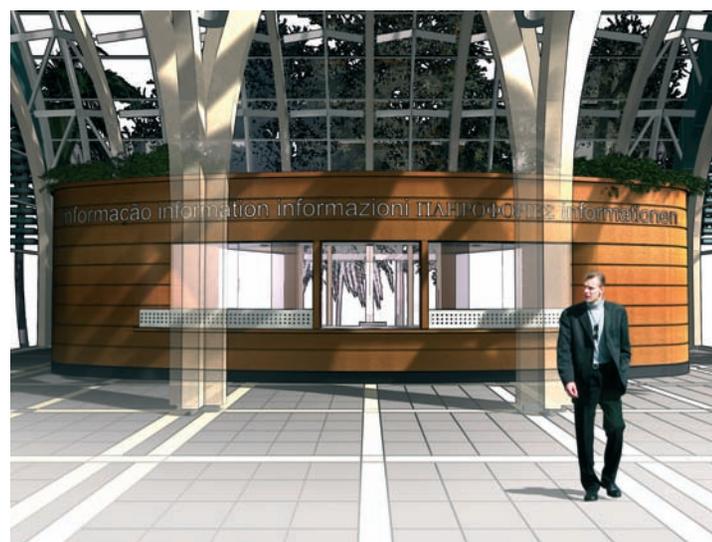
Questo ingresso, costituito dalla hall/serra, intende rappresentare il momento di passaggio principale che conclude l'iter di graduale accesso dell'utente alla struttura ospedaliera vera e propria. Tramite questo specifico setting l'utente/cliente (sia paziente che accompagnatore o visitatore) accede alle strutture e ai servizi propriamente ospedalieri (dell'"azienda ospedaliera"), questi tuttavia ulteriormente *mediati* dai successivi setting, sia dall'area del punto di informazioni e di accoglienza interno, (configurato con particolare rilevanza ed evidenza comunicativa), sia delle aree di attesa interne, in questo caso opportunamente attrezzate anche per attività ludiche. Appare infatti particolarmente importante avere in tali aree la presenza di strutture di arredo che consentano sia l'attesa (in condizioni di comfort e privacy perso-

nale), sia certe possibilità anche ludiche (come quelle offerte dalle conformazioni delle sedute proposte per tale area). Questo dovrebbe infatti consentire a tale area, per un verso di vicariare le funzioni delle aree esterne presenti nel giardino qualora queste ultime non siano accessibili per motivi climatici o personali, e per un altro verso dovrebbe poter assolvere la funzione specifica di offrire ai bambini l'opportunità di attività ludiche nella zona immediatamente antistante gli ambulatori, consentendo quindi loro, sia di trasformare un periodo di attesa senza attività in un momento di attività specifica intrinsecamente interessante, sia di associare al primo impatto con la struttura ospedaliera pratiche e strutture ludiche, dunque atmosfere e significati familiari positivi.

Si può inoltre notare da tali immagini come appaia continuamente ribadito l'intento progettuale di conferire e comunicare, per tutte le aree di attesa e passaggio (sale d'attesa, corridoi, ecc.), significati non strettamente o esclusivamente sanitari, ma più ampiamente di accoglienza e ospitalità residenziale. Tale intento è stato perseguito, non solo attraverso il contenimento delle volumetrie, ma anche nella scelta dei materiali (utilizzando molto il legno o il metallo verniciato e colorato), dei colori (impiegando colori diversi dal bianco, caldi e anche brillanti), come si può osservare dalle varie immagini degli interni qui presentate ed in quella della ludoteca



■ 7. Figura schematizzata del progetto generale, con frecce per aree/funzioni.



■ 8. Polo Pediatrico Meyer, Firenze, CSPE.
Rendering del bancone dell'accettazione generale.

b) *Centro di accoglienza e di orientamento generale.*

Questo nucleo di ingresso, principalmente separato dalle restanti parti dell'ospedale, è stato deputato a rappresentare il primo momento di contatto tra l'utente/cliente e l'azienda ospedaliera, con possibilità di fornire all'utente/cliente (paziente e accompagnatore, ma anche semplici visitatori) le prime informazioni sia generali sia specifiche sulla struttura e sulle principali funzioni e attività ospedaliere; questo eventualmente anche giovandosi dell'apporto di organizzazioni ed associazioni di genitori di pazienti specificamente attivate in questo senso. Lo scopo principale di tale setting-luogo è dunque quello di orientare/preparare l'utente/cliente, da un punto di vista non solo meramente spaziale, ma anche cognitivo-affettivo, quindi anche

in senso funzionale-organizzativo. Esso è stato infatti concepito come un primo momento di filtro/transizione, tra gli ambienti e luoghi-urbani della vita abituale quotidiana e lo specifico *luogo-ospedale*, nel quale l'utente/cliente (paziente e accompagnatore) possa essere opportunamente "attrezzato cognitivamente". Questo con indubbi vantaggi anche sul piano affettivo/emotivo - per meglio muoversi all'interno dell'ospedale vero e proprio, nel quale entrerà successivamente e progressivamente.

Si è infatti assunto, da un punto di vista psicologico-ambientale, che tale struttura dovrebbe portare vantaggi d'ordine sia cognitivo sia emotivo all'utente/cliente. Da un punto di vista cognitivo, l'utente/cliente potrebbe qui essere dotato di una serie di conoscenze e strumenti, capaci di consentirgli un più efficace orientamento successivo

all'interno delle strutture ospedaliere. Da un punto di vista emotivo, il cliente potrebbe qui maturare una prima familiarizzazione con l'azienda, orientata a rassicurarlo e a tranquillizzarlo. Ciò dovrebbe avvenire sia indirettamente, attraverso appunto la dotazione cognitiva la quale attrezzando possibilmente il cliente di strumenti utili a muoversi e a gestire il nuovo spazio in cui sta entrando può indirettamente esercitare un effetto rassicurante, sia direttamente attraverso l'erogazione di informazioni e di contatti personali volti esplicitamente a rassicurare e tranquillizzare.

Si è infatti anche ipotizzata in proposito la possibilità di poter appoggiare la gestione di tale struttura ad eventuali associazioni di genitori dei pazienti, con la prospettiva auspicata di far organizzare modalità e contenuti di tale servizio da persone che, avendo avuto un'esperienza per certi versi simile a

psicologia ambientale e architettura per la progettazione dei luoghi di cura

quella degli attuali utenti/clienti, siano anche capaci di mostrarsi particolarmente sensibili rispetto alle aspettative (e relative, esperienze, intenzioni, desideri, bisogni, ecc.) degli utenti/clienti del momento.

Si è quindi individuato per tale struttura un ruolo cruciale di transizione/mediazione, tra esterno ed interno dell'ospedale, da ulteriormente articolare e sviluppare in varie direzioni, anche per il futuro. Si è infatti ipotizzato che in tale setting-luogo potrebbero venire assolte varie funzioni, sia direttamente espletate nei confronti degli attuali utenti/clienti, sia anche nei confronti di possibili ulteriori funzioni prefigurabili per il futuro, in prospettiva più ampia e più di lungo termine, anche sulla base di quelle già sperimentate in altri Paesi e che potrebbero risultare come particolarmente innovative per l'Italia. Queste attività potrebbero infatti per loro natura trovare proprio in tale Centro di accoglienza il loro principale e più adeguato punto logistico di riferimento. Si è qui pensato ad esempio a quella del *Patient and Visitor Participation (PVP) Project*, realizzata presso l'Università del Michigan (Zimring, Reizenstein Carpmann e Michelson, 1987), così come a quella riguardante l'ipotizzato programma di monitoraggio valutativo, fin dagli inizi previsto quale completamento della nostra collaborazione con il gruppo dei progettisti per il progetto del Nuovo Meyer di Careggi e iniziato nella fase del Bando del Progetto.

IL MONITORAGGIO VALUTATIVO DELLA SPERIMENTAZIONE PROGETTUALE IN ATTO

Anche nel caso della nostra collaborazione con i progettisti del Nuovo Meyer, è stata prefigurata fin dagli inizi, come parte integrante del nostro lavoro di collaborazione, la realizzazione della terza fase di lavoro, solitamente prevista in questi casi e da noi qui proposta come fase di *monitoraggio valutativo* della sperimentazione progettuale in atto. Tale fase è stata infatti proposta con il fine di consentire il monitoraggio della sperimentazione progettuale una volta messa in atto, in riferimento sia alle strutture e servizi già realizzati, sia in vista dei possibili aspetti progettuali o organizzativi ancora da realizzare.

Tale programma dovrebbe infatti potersi avviare a partire da 6/12 mesi dopo l'apertura dell'azienda al pubblico e dovrà avvalersi delle metodologie ormai consolidate nell'ambito della psicologia ambientale e applicata, come quelle della valutazione successiva all'impiego da parte degli utenti delle strutture progettate, definita di "Valutazione Post-Occupativa" (*Post Occupancy Evaluation: POE*), nonché di quelle similari talvolta utilizzate per la valutazione della "soddisfazione del cliente" (*Customer Satisfaction*), analogamente ad esperienze simili già realizzate da tempo in altri Paesi (Bechtel, 1977; Preiser, 1994).

Tale momento analitico dovrebbe infatti essere inteso come necessaria fase di *riflessione valutativa* sull'opera fino al momento realizzata, al fine di



■ 9. Polo Pediatrico Meyer, Firenze, CSPE. Ludoteca.

meglio programmare sia gli eventuali completamenti o aggiustamenti progettuali già previsti (in termini di eventuali modifiche, aggiunte e/o abolizioni), sia quelli che si possono venire ad evidenziare, non semplicemente a progetto esecutivo ultimato, quanto piuttosto in seguito al prezioso riscontro che solo può fornire l'uso prolungato e ripetuto della specifica struttura ospedaliera da parte della sua altrettanto specifica - e in questo caso, come già notato, variamente *speciale* - utenza. Questo tenendo nel dovuto conto non solo le varie *specialità* già citate tipiche dell'utenza ospedaliera pediatrica in genere, quanto anche le altre possibili *specialità* di utenza, qui probabilmente connesse allo specifico Ospedale Pediatrico Meyer di Firenze-Careggi (cfr. Del Nord, 2006).

Per ulteriori informazioni sui temi trattati in questo contributo consultare anche il sito web www.cirpa.it

EdA 4/2008

CURRICULA DEGLI AUTORI

- **Benedetta Biondi.**
Nata a Firenze nel 1975, laureata in Ingegneria Edile presso l'Università di Pisa nel 2002, ha conseguito il titolo di Dottore di Ricerca in Tecnologia dell'Architettura, presso l'Università degli Studi di Firenze nel 2006, occupandosi di architettura tradizionale e sviluppo locale. Ha svolto attività di ricerca con il Centro Interuniversitario TESIS occupandosi di edilizia ospedaliera ed universitaria. Attualmente si dedica principalmente alla libera professione.
- **Mirilia Bonnes.**
Professore Ordinario di Psicologia Ambientale presso la Facoltà di Psicologia 2 della Sapienza Università di Roma, Direttore del Centro Interuniversitario di Ricerca in Psicologia Ambientale (CIRPA), a cui afferiscono le Università di Roma-Sapienza, Padova, Cagliari, Roma-Tre e LUMSA, Coordinatore del Dottorato in Psicologia Ambientale della Sapienza Università di Roma e già presidente della commissione italiana per il programma Man and Biosphere (MAB) dell'UNESCO. È attiva nel campo della Psicologia Ambientale internazionale e nazionale da più di 30 anni, sia come autrice di numerose pubblicazioni internazionali e nazionali, sia come coordinatore di programmi di ricerca per organismi internazionali (EC, UNESCO, ICSU) e nazionali (CNR, MURST), sia come membro di comitati scientifici internazionali e nazionali, sia come organizzatore di eventi congressuali a livello internazionale (IAPS, Euro-MAB), tra i quali il prossimo 20th Congresso Internazionale della International Association of People-environment Studies (IAPS), a Roma (luglio, 2008).
- **Marino Bonaiuto.**
Direttore del Dipartimento di Psicologia dei Processi di Sviluppo e Socializzazione e Vice-Direttore del CIRPA, Professore Ordinario di Psicologia Architettonica presso la Facoltà di Psicologia 2 della Sapienza Università di Roma. Svolge attività di ricerca, didattica e consulenza nel campo della psicologia architettonica e ambientale ove è autore di pubblicazioni nazionali e internazionali. Membro dello Steering Committee del 20th International conference of the International Association of People-environment Studies (IAPS) in Roma (2008).
- **Antonella Cesaroni.**
Architetto e Dottore in "Tecnologia dell'Architettura", si è specializzata presso il Dipartimento TAeD 'Pierluigi Spadolini' dell'Università degli Studi di Firenze con una Tesi di Dottorato dal titolo "Approccio per la manutenzione programmata nella conservazione, nella fruizione e nel riuso di opere del periodo eclettico", tutor il prof. arch. Paolo Felli; attualmente collabora ai Corsi di "Teoria e Storia del Restauro" e "Architettura Contemporanea" tenuti dal prof. Francesco Maria Quinterio presso la Facoltà di Architettura di Ascoli Piceno dell'Università degli Studi di Camerino.
- **Romano Del Nord.**
Professore Ordinario di Tecnologia dell'Architettura presso il Dipartimento di Tecnologie dell'Architettura e Design "Pierluigi Spadolini" dell'Università degli Studi di Firenze. Nel 1975 fonda con l'Arch. Antonio Andreucci e l'Arch. Paolo Felli, l'associazione professionale di architetti CSPE (Centro Studi Progettazione Edilizia) con sede in Firenze dove svolge attività professionale nell'ambito della progettazione di strutture edilizie complesse per la sanità ed il terziario. Dal 1991 è Direttore del Centro Interuniversitario di ricerca sui Sistemi e Tecnologie per l'edilizia sanitaria "Tesis", cui afferiscono le Università di Firenze, Milano e Roma "La Sapienza". Ricopre l'incarico di Prorettore all'edilizia dell'Università degli Studi di Firenze. Collabora con il Ministero dell'Università e della Ricerca e con il Ministero della Pubblica Istruzione per la definizione di standard normativi e di modelli per il calcolo del fabbisogno di edilizia universitaria e scolastica. Responsabile scientifico dell'International Academy of Design and Health e della corrispondente collana editoriale congressuale. Coordinatore dei Master di "Design and Health" e di "Gestione della Sicurezza". Presidente della Commissione Ministeriale (MIUR) per l'attuazione degli interventi di edilizia residenziale universitaria. Attivo nell'organizzazione di eventi congressuali a livello internazionale, ha pubblicato saggi, articoli e manuali sulla progettazione tecnologica, tra cui si ricordano: Architecture for Alzheimer Disease, Alinea Editrice, Firenze 2004; Lo Stress Ambientale nel Progetto Dell'Ospedale Pediatrico, Motta Ed. Milano, 2006.
- **Cristina Donati.**
Architetto, laureata presso l'Università degli Studi di Firenze, dove ha conseguito il Dottorato di Ricerca in storia dell'architettura contemporanea. Dopo la laurea, si trasferisce ad Oxford (UK) dove collabora con studi professionali, organizza eventi legati all'architettura e scrive per riviste internazionali di settore tra cui Modulo, Architecture Today, Perspective on Architecture, Costruire in Laterizio, Controspazio. Ha svolto attività didattica presso la Facoltà di Architettura di Firenze e per il Florence Programme della Kent State University (USA). Tra le recenti pubblicazioni si ricordano i seguenti volumi monografici: Michael Hopkins, Skira Editore, Milano, 2006; CSPE: L'Innovazione Tecnologica dalla Ricerca alla Realizzazione, Electa, Milano, 2007.
- **Ferdinando Fornara.**
Membro del Consiglio Scientifico del CIRPA (Centro Interuniversitario di Ricerca in Psicologia Ambientale) e Ricercatore in Psicologia Sociale presso il Dipartimento di Psicologia dell'Università di Cagliari. Ha conseguito un Dottorato di Ricerca in Psicologia Sociale presso il Dipartimento di Psicologia dei Processi di Sviluppo e Socializzazione della Sapienza Università di Roma e un Master of Science in Environmental Psychology presso la University of Surrey (UK). È docente di Psicologia Sociale e di Psicologia Ecologica presso la Facoltà di Scienze della Formazione dell'Università di Cagliari. La sua attività di ricerca si è sviluppata nel campo della psicologia ambientale e architettonica, dove ha pubblicato contributi e presentato relazioni a Convegni nazionali e internazionali. È membro della IAPS (International Association of People-Environment Studies), dell'Editorial Committee del "Bulletin of People-Environment Studies" e del network internazionale di ricerca CSBE (Culture and Space in the Built Environment).
- **Marco Geddes da Filicaia.**
Direttore sanitario Ospedale di Santa Maria Nuova e Palagi – Firenze. È stato direttore sanitario dell'Istituto Timori di Genova e Vice Presidente del Consiglio sanitario nazionale. Collabora con il Ministero della salute quale Membro della Commissione di valutazione (art. 71, comma 2, L. 448/1998) per gli interventi di riorganizzazione e riqualificazione dell'assistenza sanitaria nei grandi centri urbani e del Nucleo di valutazione e verifica degli investimenti pubblici del Ministero della Sanità. Nell'ambito della pianificazione delle strutture sanitarie territoriali e ospedaliere ha collaborato al Piano strategico del comune di Firenze. Svolge attività didattica nell'ambito del Master Il livello Programmazione, progettazione e gestione degli edifici sanitari nei Paesi del Mediterraneo Dipartimento ITACA Università degli studi La Sapienza – Ministero degli affari esteri. Tra le sue pubblicazioni ha curato le Monografie di Salute e Territorio: Programmazione ospedaliera e dimensionamento dei servizi (n. 14); Il governo dell'Ospedale. (n. 160 e 161) e La casa della Salute - Idee di progetto (con Benigni, Fagnoni, Giofrè, Terranova). Alinea 2007.
- **Marzia Marandola.**
Ingegnere, Dottore di Ricerca (2006) in Ingegneria Edile con una tesi su Riccardo Morandi ingegnere (1902-1989): le sperimentazioni e le opere in cemento armato precompresso degli anni Cinquanta. Assegnista di ricerca, insegna storia dell'Architettura alla Facoltà di Ingegneria dell'Università di Roma Tor Vergata. Ha pubblicato (in collaborazione) Giovanni Michelucci (1891-1990), Electa, Milano 2006, oltre a numerosi saggi sull'architettura moderna e contemporanea. Collabora con Casabella.

- **Maurizio Meossi.**
Architetto. Studia a Firenze e Londra (Master presso il Design Research Lab, Architectural Association). Collabora con Zaha Haidid Architects dal 2002. Coordinatore alla progettazione costruttiva e alla realizzazione del Museo per le Arti del XXI secolo in Roma (MAXXI). Lecturer per varie università italiane e straniere. Nel 1999 fonda con F. Innocenti il gruppo di progettazione aperto SPIN+ (www.spinplus.co.uk), i cui progetti sono stati esposti in varie mostre nazionali ed internazionali.
- **Derek Parker.**
La carriera professionale e di ricerca copre oltre quaranta anni di attività dedicata alla progettazione di strutture ospedaliere complesse ed alla integrazione urbana di grandi policlinici universitari. Presidente dello studio Anshen+Allen con sede a San Francisco (US) e successivamente della corrispondente sede londinese; ha lavorato in almeno dieci contesti culturali diversi tra cui: gli Stati Uniti, il Canada, la Gran Bretagna, l'Italia, la Norvegia, la ex Unione Sovietica, la Turchia, il Giappone, la Cina e le Filippine. Possiede una profonda conoscenza dei diversi ambiti tecnologici e costruttivi ed uno spiccato senso del valore della multiculturalità. Tra i numerosi titoli culturali si ricorda: Membro dell'AIA (American Institute of Architects), Membro del RIBA (Royal Institute of British Architects), Londra, Responsabile del Comitato Scientifico del Congresso "Healthcare Design", Consulente del "King's Healthcare Fund" di Londra, Membro del "California College of Arts and Crafts", Consulente del Ministero della Sanità della Repubblica della Cina, Direttore del Consiglio del "Hospice of Marin", California, già Consulente della Accademia delle Scienze della Unione Sovietica, già Presidente del "Bay Area Health Planning Council", già Consulente per l'Architettura del consiglio della Stanford University, già Architetto Consulente del "UCSF Medical Centre".
- **Alessio Pipinato.**
Ingegnere edile, laureato presso l'Università degli Studi di Padova, dove ha conseguito anche il Master in Progettazione di Infrastrutture, ha poi proseguito la sua preparazione accademica presso l'Università di Trento ottenendo il dottorato di ricerca in Ingegneria Strutturale; svolge attività didattica presso la Facoltà di Ingegneria dell'Università di Padova, nei corsi di Tecnica delle Costruzioni e di Teoria e Progetto di Ponti. Coordina annualmente il Master universitario in Progettazione di Infrastrutture. Svolge attività di ricerca in tale ambito, in collaborazione con enti ferroviari e autostradali, oltre che ricerche nell'ambito dei materiali da costruzione, con Industrie del settore. È membro dell'European Construction Technology Network (ECTN), area Network e area Cities & Building, membro ASCE (American Society of Civil Engineers) e IABSE (International Association for Bridge and Structural Engineering). Ha svolto l'attività professionale di progettista, ottenendo due segnalazioni come finalista nel Premio per l'Urbanistica Piccinato e come finalista italiano dell'Archiprix International 2005. Ha realizzato in campo ospedaliero lo studio di fattibilità per la realizzazione dell'IRCCS di Rovigo. Si ricorda inoltre il 3° posto per il progetto del nuovo palazzo del cinema dello Biennale di Venezia. Ha pubblicato numerosi contributi in tema di progettazione infrastrutturale in libri e riviste nazionali ed internazionali.
- **Peter Scher BA(Arch.) RIBA.**
Architetto svolge la libera professione in qualità di ricercatore e consulente culturale ed editoriale per la rivista HD Journal for Healthcare Design and Development. Ha accumulato grande esperienza nella progettazione di strutture sanitarie ed è Visiting Research Fellow del corso di Arts for Health presso la Facoltà di Design della Manchester Metropolitan University. I suoi studi sulla qualità del design ambientale, comprendono la ricerca ed il video Patient-focused Architecture, oltre alla prima valutazione indipendente, The Exeter Evaluation, sul Piano dell'Arte per un importante complesso ospedaliero. È membro del Design Review Panel per il Ministero Britannico della Sanità e membro del Public Health Group della International Union of Architects (UIA). Ha svolto intensa attività convegnistica sul tema del rapporto tra Arte e Sanità sia in UK che in ambito internazionale, partecipando a conferenze in Italia, Norvegia, Grecia, Egitto, Svezia, Corea, Olanda, Australia, Brasile, Turchia e Sud Africa.
- **Daniela Sorana.**
Architetto e Dottore di Ricerca in Architettura, svolge dal 1998 attività di ricerca presso il Dipartimento di Tecnologie dell'Architettura e Design "Pierluigi Spadolini" dell'Università degli Studi di Firenze, dove attualmente occupa la posizione di ricercatore a tempo determinato. Fa parte del personale ricercatore del Centro Interuniversitario TESIS; è membro del Comitato organizzatore del World Congress on Design and Health della International Academy on Design and Health. Ha pubblicato numerosi contributi in tema di progettazione ospedaliera in libri e riviste.
- **Maria Chiara Torricelli.**
Professore ordinario di Tecnologia dell'Architettura presso il Dipartimento di Tecnologie dell'Architettura e Design "Pierluigi Spadolini" dell'Università degli Studi di Firenze, docente alla facoltà di Architettura dell'Università di Firenze nei corsi di laurea di Scienze dell'Architettura e Architettura e coordinatrice del Dottorato di Ricerca in Tecnologia dell'Architettura, membro del Comitato scientifico del Centro Interuniversitario TESIS- Sistemi e Tecnologie per le Strutture Sanitarie. Svolge attività di ricerca sui temi della qualità tecnologica e ambientale e dell'edilizia sanitaria. Fra le sue pubblicazioni: Tipologie edilizie e architettura degli ospedali-Tecnologie dell'edilizia ospedaliera, in: F. Terranova (a cura di) Edilizia per la Sanità, UTET 2005; Edilizia Sanitaria in: Manuale di Progettazione Edilizia, Hoepli 1992; Materiali e Tecnologie dell'Architettura (con R. Del Nord e P. Felli) ed. Laterza 2001; Qualità e gestione del progetto nella costruzione (con S. Mecca), Alinea 1996.
- **Federica Visconti.**
Nata a Napoli nel 1971. Architetto e dottore di ricerca in Progettazione Urbana, è diplomata presso la Scuola di Specializzazione in Progettazione Architettonica ed Urbana di Napoli. Ha partecipato ad importanti convenzioni e ricerche universitarie, nonché a concorsi di progettazione, approfondendo i temi del progetto urbano e architettonico. Attualmente è docente a contratto di Composizione e Progettazione Urbana presso la Facoltà di Ingegneria dell'Università Federico II.
- **Eberhard H. Zeidler, FRAIC, Hon. FAIA.**
Direttore dello studio internazionale Zeidler Grinnell Partnership con sedi a Toronto, Canada, Londra, Berlino e West Palm Beach. Nato in Germania, Zeidler ha studiato al Bauhaus di Weimar (1945-48) e alla Technische Hochschule di Karlsruhe (1948-49). Nel 195, emigra in Canada dove inizia l'attività professionale, realizzando opere in Canada, USA ed in Germania, oltre che a Londra, Mosca, Pechino, Shanghai, Kuala Lumpur, Jakarta, Barcellona, Montreal, e Città del Messico. Lo studio ha ricevuto oltre 100 premi sia in Canada che a livello internazionale. Zeidler ha ricevuto la Gold Medal dal Royal Architectural Institute del Canada ed è Cavaliere del Lavoro (Officer of the Order) in Canada. Dal 1983 al 2000 è stato Professore presso l'Università di Toronto.